М. Ф. Леви

ИСТОРИЯ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ В СССР



М. Ф. ЛЕВИ

ИСТОРИЯ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ в СССР





ИЗДАТЕЛЬСТВО АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК СССР
МОСКВА—1950

ПРЕДИСЛОВИЕ

В конце XIX столетия русская акушерско-гинекологическая наука достигла высокого уровня. Она могла гордиться именами таких блестящих ученых, как Лазаревич, Славянский (Красовский), Рейн, Отт, Феноменов и многие другие, получившие громкую известность не только у себя на родине, но и за ее пределами.

А между тем, большинство работниц и крестьянок в царской России было почти совершенно лишено элементарной акушерской помощи со стороны медицинского персонала и находилось во власти невежественных «бабок».

Это противоречие и побудило нас заняться изучением причин этого явления в историческом разрезе, т. е. ознакомиться с организацией родильной помощи, начиная с древнейших времен.

Настоящий труд представляет собой попытку изложить историю организации практической родильной помощи широким массам населения России в ее прошлом и настоящем. Особое внимание нами уделено описанию принципов и методов организации родовспоможения в советское время и описанию блестящих успехов, достигнутых в этой отрасли медицины в нашей стране.

Работа состоит из двух частей: первая часть охватывает период, который начинается с народного акушерства и кончается историей деятельности земств до 1917 года, вторая часть посвящена периоду организации родильной помощи при Советской власти, охватывая время с 1917 по 1940 год включительно [1].

---

[1] Организации родовспоможения в первые годы войны посвящена наша кандидатская диссертация: «Анализ годовых отчетов о сети, кадрах и деятельности учреждений родовспоможения в первые годы войны», М. 1944.

Изучение истории науки, истории своей специальности способствует «сознательному выбору средств, приемов и методов борьбы, способных при наименьшей затрате сил дать наибольшие и наиболее прочные результаты» (Ленин, т. VII, изд. 3-е, стр. 83). Мы считаем, в частности, нужным распространение знания истории своей специальности среди акушеров-гинекологов. Мы уверены, что изучение истории науки, с одной стороны, избавит их от ошибок и неудач прошлого, а с другой, — побудит, используя исторический опыт нашей отечественной медицины, правильно оценивать пути и перспективы развития современной медицинской науки.

ЧАСТЬ I

ОРГАНИЗАЦИЯ РОДИЛЬНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РОССИИ ДО ВЕЛИКОЙ ОКТЯБРЬСКОЙ СОЦИАЛИСТИЧЕСКОЙ РЕВОЛЮЦИИ

ВВЕДЕНИЕ

Родовспоможение искони развивалось в России в системе организации общей лечебной помощи. Поэтому невозможно излагать историю родовспоможения как самостоятельной отрасли здравоохранения в отрыве от организации общей лечебной помощи. Это относится не только к периоду так называемого «народного акушерства», представляющего, по выражению Г. Е. Рейна, «ветвь народной медицины», но и к родовспоможению более поздних периодов вплоть до Великой Октябрьской социалистической революции. Лишь в системе советского здравоохранения родовспоможение нашло свое место в качестве самостоятельной отрасли медицины. Поэтому при изучении истории родовспоможения в России нам приходилось постоянно соприкасаться с вопросами организации и состояния медицинской помощи в нашей стране, т. е. общей историей русской медицины. Отсюда понятно, что и изложение истории родовспоможения в России нами должно было производиться в самой тесной связи с историей русской медицинской науки.

Мы должны указать, что единственным значительным источником, в котором более или менее полно излагается история акушерства и гинекологии в России, является труд В. С. Груздева «Краткий очерк истории акушерства и гинекологии в России», пользующийся заслуженной известностью. В. С. Груздев делит всю историю акушерства и гинекологии в России на четыре периода, которые характеризуются им следующим образом:

Первый период, охватывающий вторую половину XVIII столетия, В. С. Груздев называет эпохой «нарождения» русского акушерства, которое до этого находилось в руках иностранцев. Одновременно В. С. Груздев отмечает, что к рациональной акушерской помощи в то время редко прибегали даже представители высших классов русского общества. Иначе говоря: практически родильной помощи населению в первый период истории русского акушерства почти не существовало.

Второй период охватывает первые 40 лет XIX столетия. Он характеризуется тем, что иностранцы начинают постепенно уступать место русским врачам-акушерам. Акушерство входит в круг преподавания, в силу чего возникают клиники, в которых некоторая часть населения университетских городов получает практическую родильную помощь.

Третий период охватывает конец первой и начало второй половины XIX века, до введения антисептики и асептики в акушерстве. В этот период отмечается дальнейший рост родовспоможения в России и уже явный перевес русских акушеров-гинекологов над иностранцами.

Наконец, последний, четвертый период истории акушерства и гинекологии в России начинается с 70 годов XIX столетия и доводится В. С. Груздевым, примерно, до 1904—1905 гг., охватывая 20 лет. За этот период «плодотворные задатки, заметные уже в предшествовавшую эпоху, достигли полного развития...».

В. С. Груздев дает следующую характеристику родильной помощи населению России: «Акушерская помощь, благодаря неустанным заботам земств, становится доступной всем, не исключая населения глухих деревень». Такое утверждение об «общедоступности» («всем») родильной помощи далеко от истины даже в отношении населения городов, что же касается сельского населения, то оно абсолютно неверно, так как искажает действительное положение дела.

Причины ошибочного утверждения В. С. Груздева понятны. Предметом его очерка является изложение истории развития в России двух отраслей научной медицины — акушерства и гинекологии. Вопросов устройства практической родильной помощи населению, как организованной государственной или общественной системы ро-

довспоможения, В. С. Груздев касается лишь вскользь. Между тем, развитие акушерства как науки и, в частности, развитие преподавания в области этих дисциплин (что преимущественно, если не исключительно, занимает В. С. Груздева), ни в коей мере не может быть отождествлено с практикой оказания родильной помощи населению. Иными словами, история акушерства как наука отнюдь не является историей родовспоможения в тесном смысле слова, т. е. отображением практической помощи у постели роженицы, которая составляет предмет нашего изучения.

Уже в силу этого одного мы не могли следовать делению истории родовспоможения на четыре периода, предложенному В. С. Груздевым.

Схема В. С. Груздева неприемлема и по существу дела, поскольку изложение истории предмета ведется им только по хронологическому признаку, или на основании той или иной степени участия в развитии акушерско-гинекологической науки русских и иностранных ученых. Он, стоя на позициях буржуазной историографии, совершенно не учитывает определяющей роли социально-экономических, политических, исторических условий в развитии медицины вообще и акушерства в частности. Поэтому понятно, что мы не можем признать правильной его периодизацию истории акушерства и гинекологии и можем использовать только некоторый фактический материал, касающийся организации родовспоможения в России.

Начало родовспоможения в России в том смысле, какой мы придаем этому термину, т. е. в смысле организации общественной системы оказания родильной помощи населению, можно отнести к 1764 году, когда был основан так называемый «Первый родильный госпиталь» при Московском воспитательном доме. В 1771 г. был создан второй родильный госпиталь при Петербургском воспитательном доме.

Эти учреждения были закрытыми и поэтому в организации родильной помощи даже населению столиц ничего по существу не сделали.

Поэтому всю историю организации родильной помощи населению России до Октябрьской революции можно разделить на два периода. Первый период заканчивается, а

второй начинается с организации третьего «родильного госпиталя» (1797 г.) в Петербурге, ныне Институт акушерства и гинекологии Академии медицинских наук СССР в Ленинграде. Эта «родильня» носила уже черты родовспомогательного учреждения, предназначенного для общего пользования. Для историка медицины большой интерес представляет изучение попыток организовать родильную помощь, хотя бы для самого узкого круга лиц, близких ко двору, в допетровской Руси, при Петре I и его ближайших наследниках. Именно в силу того, что эти зачаточные виды организации родильной помощи были рассчитаны на обслуживание кучки придворных, масса населения была совершенно лишена акушерской помощи или была вынуждена обращаться к помощи знахарей и бабок, не имевших никакого образования.

1. РУССКОЕ НАРОДНОЕ АКУШЕРСТВО

Зачатки русской народной медицины своими корнями уходят в далекое прошлое, в период родового строя, который характеризовал быт древних славян. Центральной фигурой народной медицины, носителем ее идей и активным ее деятелем является балий[1], ведун (колдун), знахарь. Знахарством, по определению Г. Дембо[2] следует считать «проведение лечения лицами, не имеющими соответственной научно-медицинской подготовки, средствами и методами, не основанными на данных медицинской науки, а черпаемыми большей частью из устных преданий так называемой народной медицины. Знахарь — лекарь-самоучка».

Вопрос о происхождении народной медицины вообще, а русской в частности, не может считаться в достаточной мере изученным с исторической точки зрения.

То немногое, что достоверно известно о русской народной медицине и в частности об акушерстве, дает нам право сказать следующее: русское народное акушерство состоит, с одной стороны, из ряда приемов и манипуляций, применяемых при родоразрешении, с другой — из обрядов, обязательно сопутствующих рукодействиям бабки-повитухи.

[1] От слова «баить» — говорить.
[2] БМЭ, т. X, стр. 708.

Применяемые в русском народном акушерстве приемы и способы родоразрешения можно разбить на следующие три группы.

1. Способы, безопасные для матери и ребенка, но бесполезные, как безусловно не способные повлиять на течение родового акта.

2. Способы, безопасные и отчасти эффективные, составляющие ничтожное количество из числа манипуляций и приемов народного родовспоможения.

3. Способы и приемы, безусловно вредные и опасные, часто угрожающие жизни матери и ребенка, связанные с риском заноса инфекции в половые пути, мучительные для женщин, наносящие тяжелые увечья матери и младенцу.

Применявшиеся в народном акушерстве обряды-заговоры, заклинания и прочие «священнодействия» сами по себе были безвредны, поскольку они не были связаны с опасными для рожениц действиями. Отрицательная их сторона в том, что они сеяли суеверия, предрассудки, питающие невежество народа, и этим тормозилось распространение научного родовспоможения.

Акушерству как науке нечего сейчас заимствовать от народного акушерства, потому что все ценное из народной медицины в свое время уже было использовано при создании научной медицины. Сейчас с народным акушерством и с его представителями — там, где они еще, быть может, сохранились — следует энергично бороться: идеологически — посредством санитарно-просветительной пропаганды среди масс, и практически — путем внедрения рационального медицинского родовспоможения в самые глухие места.

2. ОРГАНИЗАЦИЯ РОДИЛЬНОЙ ПОМОЩИ В ДОПЕТРОВСКОЙ РУСИ

Шестнадцатое столетие является периодом оформления централизованного феодального русского государства и постепенного превращения его в многонациональное.

Этот процесс был подготовлен ростом и развитием производительных сил и в первую голову постепенным изжитием феодальной раздробленности страны.

Товарищ Сталин указывает в своем известном докладе «Об очередных задачах партии в национальном вопросе»;

что процесс образования централизованного государства в Восточной Европе был ускорен «потребностями самообороны», и это привело к созданию смешанных многонациональных государств. Он указывает, что «На востоке Европы... образование централизованных государств, ускоренное потребностями самообороны (нашествие турок, монголов и пр.), произошло раньше ликвидации феодализма, стало быть раньше образования наций» [1]. Окончательное объединение русских земель вокруг Москвы и формирование централизованного феодального Московского государства способствовали развитию общерусской культуры.

Установление торговых и культурных связей со странами Западной Европы (Англией, а позднее и Германией) и востока (Византией) имело своим последствием приглашение в Россию среди прочих сведущих людей также иноземных врачей. Принято считать, что первые иноземные врачи прибыли на Русь при Иване III в свите жены его — византийской царевны Софии Палеолог. Однако это не совсем так. Не только монастырская, но и светская медицина существовала на Руси значительно раньше этого, причем среди ее представителей встречались и русские и иноземные врачи.

Княжение царя Василия Ивановича было продолжением и завершением политики Ивана III. При нем установились еще более тесные связи с европейскими странами, значительно увеличилось число иноземных врачей при дворе и они стали допускаться к лечению самого царя. Но эти врачи совершенно не имели доступа к царице и царским детям, которые жили замкнуто в теремах. С недугами царицы справлялись своими средствами «мамушки» и боярыни. О том, чтобы призвать на помощь врача («дохтура») в терем не могло быть и речи.

Если так обстояло дело при общих заболеваниях, то еще менее допустимо было привлечение посторонних лиц (врачей) к такому интимному акту, как роды. В штате при царевнах имелись бабки, «лекарки», «комнатные бабы», а при самой царице состояли повитухи или «принимальные бабки». Это были, по характеристике В. Рихтера,

---

[1] И. Сталин, Сборник «Марксизм и национально-колониальный вопрос», Партиздат, стр. 65, 1937.

«простые неученые женщины, кои, не ведая основательным образом своего дела, через многолетнюю опытность лишь приобрели некоторую эмпирическую способность к сей практике». И. Забелин говорит, что «кроме постельниц у царицы и у царевен находились **комнатные бабки**, по одной у каждой царевны и две у царицы. Это были, собственно, лекарки и поступали во дворец из принимательных или повивальных бабок, оставаясь здесь, по всему вероятию, после каждых родин при комнате ребенка, которого они повивали и принимали...»[1].

Бывали, впрочем, случаи, когда прибегали к помощи бабок со стороны, не состоявших в дворцовом штате. Но цари смотрели неблагосклонно на привлечение чужих людей в терем царицы. Так, жена великого князя Василия Ивановича, Соломония, будучи бесплодной, вызвала к себе некую Стефаниду, известную в качестве «лекарки» В результате огласки этого, Соломония была пострижена в монастырь под именем Софии, причем бесплодие ее было объяснено «немощной» болезнью. В отношении Стефаниды был сделан «розыск» и она была потоплена, жестоко поплатившись за нарушение запрета посещения терема царицы посторонними людьми.

Иван III «наложил опалу» на вторую жену свою Софью Палеолог за то, что к ней «приходили бабы с зельем». Он повелел отыскать этих «баб лихих» и утопить.

К сожалению, осталось совершенно неизвестным, какими приемами пользовались принимальные бабки, оказывая родильную помощь царицам. Надо полагать, что вряд ли они многим отличались от приемов обычной деревенской бабки, с той лишь разницей, что от принимальных бабок требовалась большая чистоплотность (баня, опрятная одежда). Повторяем, впрочем, что никаких прямых указаний на этот счет не сохранилось.

После воцарения Ивана IV увеличилось количество иноземных врачей. Это объясняется развитием оживленных торговых отношений «Московии» с чужеземными странами, в особенности с Англией. Еще в 1557 году посол английской королевы Марии Стюарт привез из Англии в Москву двух врачей англичан: доктора Стэндиша и

---

[1] И. Забелин. Домашний быт русских цариц в XVI и XVII столетиях, М., стр. 517, 1872.

лекаря Ричарда Эльмеса. В дальнейшем, в качестве посредника между московским двором и английской королевой Елизаветой важную роль играл Иероним (Жером) Горсей — королевский посол по делам английской торговой компании. Он поставлял на Русь врачей, лекарей и других специалистов. В 1584 году Иван Грозный в личном письме на имя королевы просил рекомендовать ему сведущего и опытного врача. По его просьбе Горсей доставил хирурга-акушера Роберта Якоба, который был переименован и назывался то Романом Елизаровым, то Романом Елизаровичем, то попросту Романом. Хотя Л. Змеев и пишет о нем, что «этот ученый врач вряд ли много лечил, его занимал царь преимущественно дипломатическими переговорами», но такая оценка едва ли справедлива.

Иван Грозный держал иноземных врачей в большом почете при своем дворе, щедро их награждал, хотя и не доверял им вполне. Прописанные лекарства царь не принимал из их рук; лекарства подносил ближний боярин, конечно, предварительно испробовав на себе их действие.

Состоявшие при дворе царя врачи не имели права лечить никого без его разрешения. Но он неоднократно посылал врачей к больным боярам. Так, например, ранив своего постельника боярина Гвоздева, Иван Грозный приказал направить к нему для оказания помощи доктора Арнольфа, который, однако, не застал боярина Гвоздева уже в живых. Известен и другой случай, когда царь направил врача для лечения ран, нанесенных Борису Годунову. Это был русский врач-самоучка — Строганов. Иван Грозный «жаловал» его и присвоил ему звание «гостя» и право писать свое отчество с окончанием «вич».

Следует заметить, что присутствие при царском дворе ученого врача-акушера ни в какой степени не отразилось на оказании помощи в родах царицам.

Мы располагаем лишь отрывочными сведениями о законоположениях XVI и XVII веков, которые имели бы отношение к охране здоровья женщин. Так, по сообщению Н. Ю. Кумберга [1], Стоглав не разрешал венчать девиц ранее 12 лет.

---

[1] Н. Ю. Кумберг. «Медицина в старой (допетровской) Руси». «Врачебная газета», стр. 75, 104, 141, 147, 1909.

Древний обычай предписывал приносить сорочку, в которой родились дети, в церковь и держать ее на престоле до шести недель. Этот обычай был отменен Собором в 1551 году: «впредь такой нечистоты и мерзости в святые церкви не приносить».

Рождение младенца «в сорочке» считалось счастливым предзнаменованием в народе, а потому повитухи старались щадить плодный пузырь, предоставляя роды всецело силам природы. Н. Ю. Кумберг полагает, что этот факт доказывает отсутствие действенной акушерской помощи в то время. Это, однако, мало доказательно, ибо наряду с подобным воздержанием от вмешательства наблюдалась и чрезмерная активность при родах, выражавшаяся, в частности, в том, что бабки преждевременно рвали пузырь.

Мы уже упоминали о том, что бесплодие или «бесчадие» было одной из причин обращения женщин к медицинской помощи.

В «приказных» делах 1648 года по делу некоего Хамова имеется указание на то, что он, Хамов, лечил «телесную юность», т. е. инфантилизм у стрелецкой жены, за что стольник Урусов называл его ведуном.

Для полной характеристики состояния медицинского дела на Руси в XV—XVII веках следует сказать несколько слов о существовавшей в то время литературе по акушерству.

Из арсенала народной медицины Л. Ф. Змеев приводит четыре заговора. Два из них относятся к трудным родам.

1. «С полувступлением говорят на воду, прося богородицу золотыми ключами отпереть мясные ворота и выпустить младенца и поят роженицу этой водой».

2. «Молитвой на бумажке священник обматывает голову роженицы; последняя фраза: «Выйди младенец, христос тя зовет».

3. «После родов, выправляя в бане родильницу, бабка просит золотник (матку) отыскаться и стать на свое место, чтобы родимые члены (т. е. родовой аппарат) у родильницы не болели, не щемили, не окаменели и вниз не опускались».

4. «Против «соняшницы» (повидимому, эклампсии) применялось следующее жестокое лечение. Знахарь ста-

вит на живот больной миску с водой (три штофа), потом жгут горячей пеньки обматывает вокруг больной, а горящий конец пеньки опускает в кружку с водой, поставленную в миску, и нашептывает. После дает пить эту воду».

М. Лахтин подробно описывает и дает в перепечатке лечебник, хранящийся в московской патриаршей библиотеке под № 481. Лечебник составлялся в разное время и разными лицами, однако «время написания лечебника не выходит за пределы XVII века».

Из 1055 приводимых в этом лечебнике средств (не все, впрочем, они имеют лечебный характер) к области акушерства и женских болезней относятся следующие, которые мы приводим под номерами подлинника.

1. 615. Коли жена хощет сосков великих — да грызет мигдалы по три утра на тоще сердце, до солнца.

2. 720. Коли от жены кровь былиями (белями) потечет, добро винных шипков влити висилки, калафар, мята, кархорко, превоненика, сварив вместе, тем пари.

3. 1014. О женах указ. Егда мучения им немощь тяжка бывает и умершая младенца во утробе изгонить я же немощи ради не возмогает естество возмутити, раствори фирьятик с теплой водой, а мера ему с бобово зерно.

4. 1017. Иное о женах. Аще у жены младенец пойдет перед косом и не борзо начнет рожатися и дать фирьятика с козьим млеком стопив; аще пойдет наперед ногами, дати фирьятика, смесив с молоком и вином, испити.

5. 1018. Аще у жены не пойдет дитя вон, дати фирьятика, с сахаром и с укропом смесив, испити.

6. 1019. Аще у жены начнет детя гнити во утробе, дати фирьятика с маковым маслом и с молоком испити.

7. 1020. Аще бог избавит жену ту дитяти того и начнет потом болети, давай фирьятик ясти во всякой естве, и в хлебе, и в мясе или в рыбе во уксусе с овощем всяким.

Таким образом, все ресурсы акушерства в травнике состояли в комбинации фирьятика с совершенно безразличными в лечебном смысле веществами [1].

---

[1] «Фирьятик» — искаженное слово Theriaca, в просторечии «кириак», кашка из различных порошков с медом.

В допетровской Руси вопросами медицины занимался Аптекарский приказ. Организация родильной помощи не входила в задачи Аптекарского приказа, а потому мы лишь в самой общей форме коснемся его деятельности, так как на основе Аптекарского приказа были впоследствии созданы центральные учреждения, ведавшие медицинским делом в России (медицинские коллегии, канцелярия и т. д.).

Аптекарский приказ, учрежденный в 1620 году царем Михаилом Федоровичем, представлял собой центральное государственное управление, ведавшее всем врачебным и аптекарским делом на Руси в течение 87 лет.

Непосредственной и основной функцией Аптекарского приказа было обслуживание царя и царской семьи, а по личному указанию его, и ближайших его приближенных. В отдельных случаях врачебная и лекарственная помощь, по приказу царя, оказывалась также и лицам, не входящим в состав царского двора. Из других функций Аптекарского приказа важнейшей было обеспечение армии полковыми врачами, а также подготовка русских лекарей, подлекарей и костоправов для надобностей армии.

Вопросами оказания акушерской помощи не только населению страны, но и женскому составу царского двора Аптекарский приказ совершенно не занимался.

3. ОРГАНИЗАЦИЯ РОДИЛЬНОЙ ПОМОЩИ В ПЕРИОД РЕФОРМ ПЕТРА I И ПОСЛЕ НИХ, В ПЕРИОД ЗАРОЖДЕНИЯ И НАЧАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ЕСТЕСТВЕННЫХ НАУК И МЕДИЦИНЫ В РОССИИ (с 1683 по 1800 год)

Этот период в основном захватывает XVIII век и начинается с преобразовательной деятельности Петра I. Развитие производительных сил России в начале этого века потребовало крупных реформ для устранения препятствий на пути экономического развития и создания благоприятных условий для ее развития. Социально-экономическая политика Петра I была направлена на разрешение указанных выше задач.

«Петровские экономические мероприятия характерны для развитой собственно меркантильной системы, когда средствами принуждения и правительственного надзора

стремились покровительствовать развитию мануфактур и торговли»[1].

Петр прекрасно понимал, что без науки Россия развиваться не может и принимал решительные меры к распространению науки в своем государстве. Помимо географических экспедиций, посылаемых для обследования путей в Китай и Индию, устройства кунсткамер, Петр уже незадолго до своей смерти подписал проект создания в России Академии наук с университетом и гимназией. Петр говорил: «Академия, школы, дело есть зело нужное для обучения народного». Помимо организованных Петром Навигацкой, Артиллерийской и других школ, подготовляющих военных и морских специалистов, в Москве была создана в 1707 году первая медицинская школа при военном госпитале на Яузе. Этим было положено начало подготовке медицинских кадров в России.

Возникшая и развивающаяся самостоятельно русская культура в первой половине XVIII столетия приходит в тесное соприкосновение с западноевропейской культурой. Взаимодействие русской культуры и науки, сложившихся исторически на русской почве, с европейской культурой способствовало дальнейшему развитию и расцвету национальной русской культуры.

Товарищ Сталин характеризует классовую природу Российского государства при Петре следующим образом.

«Петр великий сделал много для возвышения класса помещиков и нарождавшегося купеческого класса. Петр сделал много для создания и укрепления национального государства помещиков и торговцев. Надо сказать также, что возвышение класса помещиков, содействие нарождавшемуся классу торговцев и укрепление национального государства этих классов происходило за счет крепостного крестьянства, с которого драли три шкуры»[2].

В заслугу Петру можно поставить устройство первых клинических госпиталей в России и организацию медицинского преподавания.

---

[1] Б. Б. Кафенгауз. «Реформы Петра I в оценке М. Н. Покровского», стр. 156 («Против антимарксистской концепции М. Н. Покровского» — Академия наук СССР, М.—Л., 1940).

[2] И. В. Сталин. «Беседа с немецким писателем Эмилем Людвигом». Сб. Ленин и Сталин, т. III, Партиздат, 1936, стр. 528.

Больничному строительству Петр уделял много внимания, и это дело подвинулось при нем значительно вперед.

В Москве по указу Петра, данному 25 мая 1706 года, был создан большой госпиталь («гофшпиталь»). На базе этого госпиталя была организована первая медицинская школа, устройство которой было поручено голландскому врачу Бидлоо. Школа имела чисто хирургический уклон.

В области организации родильной помощи населению России Петр I, как и его предшественники, не сделал ничего. Некоторый шаг вперед был сделан в области обслуживания двора квалифицированной родильной помощью в том отношении, что к царицам стали допускаться научно подготовленные акушерки. Они же обслуживали и высшие круги нового служилого дворянства. Но организованной родильной помощи широким народным кругам, хотя бы и в столицах, в то время еще не существовало.

К этому же времени относится и первая попытка ввести регистрацию родившихся и умерших: «Белое духовенство получило новую обязанность: доставлять в Монастырский Приказ ведомость о числе родившихся и умерших; за 1703 год была подана первая ведомость в Москве священниками шести сороков приходских церквей. Оказалось, что число смертных случаев слишком двумя тысячами превышало число рождений» (Я. Чистович).

Научная медицина, и в частности акушерство, продолжали развиваться, благодаря деятельности отдельных выдающихся организаторов. Из них надо прежде всего назвать архиятера Ивана Лаврентьевича Блюментроста, деятельность которого началась при Петре I[1].

И. Блюментрост составил проект преобразования и улучшения медицинской части в России, на основании которого была учреждена 7 сентября 1725 года указом Сената медицинская канцелярия, под управлением архиятера и при ней госпиталь. Это сосредоточивало руководство врачебным делом в одних руках.

[1] Я. Чистович. «История первых медицинских школ в России». Приложения, стр. XCII.

Архиятерами назывались врачи, состоявшие при особе государей, преимущественно при римских императорах. Впоследствии звание архиятера присваивалось и тем медикам, на которых возлагались известные общественные обязанности.

В России звание архиятера носил первый царский лейбмедик. «Но как особый чин, как должность она установлена 30 апреля 1716 года Петром I, первым архиятером которого был Роберт Арескин (правильнее Эрскин — *М. Л.*). Он же был назначен президентом Аптекарской канцелярии. С этих пор архиятеры назначались президентами Медицинской канцелярии, сменившей в 1725 году аптекарскую. Звание архиятера существовало до 12 сентября 1763 года.

Несмотря на некоторые принимавшиеся меры по расширению госпитальных школ и преподавания в них, положение медицинских школ и подготовка врачей требовали коренного переустройства. Положение изменилось к лучшему при Елизавете I, благодаря деятельности одного из наиболее просвещенных в истории медицины организаторов — Кондоиди.

Павел Захарович Кондоиди, настоящее имя которого было Panaiota Condoidi, грек по происхождению, был еще в юном возрасте привезен в Россию своим дядей Афанасием Кондоиди, в будущем епископом Суздальским. Он получил в доме последнего блестящее образование, научился свободно владеть несколькими языками, в том числе и русским. Дядя отправил его на свой счет для изучения медицинских наук в Лейденский университет, где он получил докторский диплом в 1733 году.

После своего возвращения в Россию П. З. Кондоиди был назначен архиятером вместо голландского врача Бургаава. Он прежде всего обратил внимание на то, что «много было школ, но мало преподавания», вследствие чего дело либо «совсем не исполнялось», либо «исполнялось плохо».

Кондоиди дал подробную инструкцию по ведению преподавания, установил точные сроки учения и способы экзаменов в школах. Любое проводимое П. З. Кондоиди мероприятие сопровождалось составлением инструкции — ясной, точной и практической. Одним словом, «не было

ни одного вопроса, касавшегося русского медицинского факультета», который не был бы поднят, пересмотрен, направлен и разрешен П. З. Кондоиди[1]. Инструкции, составленные П. З. Кондоиди, отличаются своим особенным «стилем», чуждым всякого бюрократизма. В этом нетрудно убедиться, прочитав их в подлиннике.

Для акушеров-гинекологов разносторонняя и плодотворная деятельность П. З. Кондоиди имеет особенное значение, так как он первый подошел к вопросу об организации преподавания акушерства в России и правильно оценил всю важность организации акушерской помощи населению. Он не решался ввести преподавание акушерства в госпитальных медицинских школах, имевших целью почти исключительно подготовку медицинского персонала для армии и флота. Но потребность в акушерках к этому времени уже назрела.

Во второй половине XVIII столетия «спрос на рационачальную акушерскую помощь возрос настолько, что наличного акушерского персонала оказалось недостаточно, и ощутилась потребность организовать подготовку если не акушеров, то, на первый раз, хотя бы образованных акушерок»[2]. К разрешению этой задачи и приступил П. З. Кондоиди.

Он составил проект организации «бабичьих школ» в С.-Петербурге и в Москве и представил его 21 марта 1754 года на утверждение Правительствующего Сената. В своем проекте П. З. Кондоиди писал:

«Понеже не безизвестно есть, сколько злые следствия рожающим за неимением ученых и искусных бабок ежедневно происходит, а нередко же бывает, что оные бедные роженицы в муке своей, да и безгрешные младенцы, за тем же имеющихся бабок не искусством не токмо на всю жизнь с увечием одним или другим остаются, но и самой жизни безвременно лишаются, так что ежели б в том во всем верные содержалися записки, яв-

---

[1] Я. Чистович. «История первых медицинских школ в России». Приложение, стр. CXXXVII.

[2] В. С. Груздев. «Краткий очерк истории акушерства и гинекологии в России» («Акушерско-гинекологические учреждения в России», изд. Оргкомитета X Международного съезда акушеров-гинекологов), стр. 8.

ственно бы оказалось, что следующая от того народная гибель превосходит мнения и упования, какие о том себе представить кто может, следственно самая крайняя нужда, польза и пример других государств необходимо требуют учинить и на добром твердом основании для предку утвердить порядок и учреждение о бабках... того ради сего 1754 года марта 21 дня, по указу Е. И. В. Медицинская канцелярия приказали о учинении порядка и учреждении о бабках и о произвождении оных впредь внутри государства с надлежащим знанием и искусством в пользу общества Правительствующему Сенату представить следующее...»

За этой вводной частью «донесения» следует изложенный в 29 пунктах (с приложениями) проект П. З. Кондоиди. Мы приведем здесь лишь наиболее существенные из них в порядке нумерации оригинала.

1. «Надлежит ныне всех имеющихся в Москве и в С.-Петербурге бабок российских и иностранных... освидетельствовать искусными к тому доктором и лекарем и засвидетельствованными присяжными бабками, и кои по аттестатам явятся достойны, оным для отправления бабичьей должности давать от Медицинской канцелярии указы... именоваться им присяжными бабками, дабы неосвидетельствованные и неапробированные и к присяге неприведенные бабичью должность отправлять не отваживались и партикулярные люди таких женщин к тому употреблять не дерзали...» «под страхом наложения штрафов и даже телесного наказания для бабок...» «...а с того партикулярного человека имать штраф с каждого и в каждый раз по 10 рублев, которые употреблять на содержание того бабичьего дела».

2. «Число присяжных бабок да будет впредь в Москве — 15, а в С.-Петербурге до 10... а затем, когда будут излишние, определить по одной бабке в каждый губернский город, а когда те будут удовлетворены, потому же определить и в каждый провинциальный город, дабы со временем ими все государство удовольствовать».

3. Так как подготовить столько присяжных бабок, сколько «для удовольствия народного потребно», невозможно, то «бабок, которые хотя науки и не имеют, но при экзамене окажутся довольно практикованными, и тех принимать и определять с таким точно обязательством,

чтобы они должны были в случае нужды у трудных родин призывать находящуюся в службе бабку или определенного к тому акушера или доктора».

5. Предусматривается оказание помощи бедным и неимущим «без заплаты».

6. «Понеже в тайной канцелярии, в полиции и других судебных местах бывают содержащиеся брюхатые женщины, также о насильствии девиц бывают осмотры и для других таковых потребности»... «надлежит в Москве и в С.-Петербурге содержать по две бабки» (старшую и младшую).

9. «Каждая присяжная бабка должна да будет иметь по меньшей мере по две ученицы... и оных им бабкам от себя промышлять, а когда промыслят — в Медицинскую канцелярию... объявлять, где имена их и чьи они записывать и что они по бабичьему делу прилежать желают, сказки с них брать».

13. «Должны оные ученицы знать читать и писать по русски... кои ныне для новости дела хотя и не будут знать читать и писать, а в прочем окажутся достойными, принимать и обязывать их подписью, чтобы учились вперед».

15. «Должна да будет каждая мастерица бабка своих учениц при родинах завсегда при том иметь, сперва для своего вспоможения... и не прежде четвертого года... нижнего чина у людей и бедных заставлять... в своем присутствии младенцев принимать и рожениц освобождать...».

17. «...известно же, что во всякой науке предводить должна теория, а утверждать практика, ибо практика в данном случае по тому, что напред того видал, действует, ежели же случай против того в чем-нибудь отменный будет, то сам в конфузию приходит и не имея теории надлежащей способ изобрести не может... и для того во всех почти государствах и знатных городах Европы учреждены особливые школы со определением искусных и прилежащих к тому делу докторов и акушеров для порядочного и основательного самих бабок в деле их утверждения и учениц их обучения, посему и в России — в Москве и в С.-Петербурге—по одной такой школе порядочно учредить надлежит».

18. Для каждой школы Кондоиди предусматривает по одному доктору и одному лекарю.

19. «Оным докторам... именоваться профессорами бабичьего дела, а лекарям — акушерами...».

20. «Должен да будет доктор каждый год порядочными лекционами целый коллегиум о бабичьем деле давать бабкам и ученицам их... и ныне для новости дела употребляя российский и немецкий язык вкупе... а впредь и как скоро возможно единственно российский язык со удержанием только латинских терминов».

21. Пункт предусматривает между прочим наложение штрафа на «отлучающихся—с бабок по 2 рубля, с учениц по 1 рублю за каждую отлучку, а в третий раз соответственно по 10 и по 5 рублей». В дальнейшем совершенно «отрешать» виновных. «Штрафные деньги записывать особливо и употреблять единственно на содержание того бабичьего дела».

Правительствующий Сенат утвердил это представление Медицинской канцелярии 5 мая 1754 года.

П. З. Кондоиди составил для учениц «бабичьих школ» детальную инструкцию, прекрасно разработанную и последовательную. Инструкция была сообщена 23 ноября 1754 года для сведения Сенату, а в Медицинскую канцелярию был представлен немецкий перевод ее.

Прошел, однако, целый год, а преподавание в «бабичьих школах» и не начиналось. Произошло это вследствие того, что П. З. Кондоиди предполагал покрыть расход по содержанию «бабичьих школ», исчисленный в сумме 3 000 рублей в год, за счет поступлений от самих рожениц, вызывающих акушерок для родоразрешения на дом. Полная неудача, постигшая П. З. Кондоиди в этом начинании, вынудила его обратиться в конце концов к Сенату, который и принял расход за счет казны [1].

Наконец, «бабичьи школы» открылись в 1757 году почти одновременно — первая в Москве, вторая в С.-Петербурге.

П. З. Кондоиди встретил большие трудности при наборе учениц для своих школ. Когда произведена была регистрация и освидетельствование проживавших в Москве и С.-Петербурге бабок, на основании утвержденного Сенатом закона, то их оказалось: в Москве—4, в С.-Пе-

---

[1] Я. Чистович. «Очерки из истории русских медицинских учреждений XVIII столетия». Глава IV.

тербурге — 11; имевших право практиковать под чужим надзором в Москве была 1, в Петербурге—3. А всего 19 на обе столицы. В половине 1759 года было учтено: «На жалованьи в С.-Петербурге и Москве по 2, без жалованья — в С.-Петербурге с Кронштадом 9, да в должности их 3; а в Москве настоящих бабок 4, да в должности 1»[1]. Всего была 21 бабка, которые составляли весь резерв, откуда можно было вербовать учениц. Многие из них были стары, даже дряхлы.

Большинство рожениц, среди которых практиковали ученицы, были так бедны, что, по докладу фон Меллена, не в состоянии были заплатить за самые нужные лекарства. По представлению П. З. Кондоиди Сенат утвердил 9 июня 1759 года решение, чтобы по рецептам акушеров в С.-Петербурге и в Москве «отпускать бесплатно для суще-неимущих родильниц и для новорожденных младенцев потребные лекарства и нужные вещи на счет остаточных сумм, определенных Сенатом для «бабичьего дела»[2]. На рецептах врачи обязаны были сделать надпись: «Для суще-неимущей родильницы или новорожденного младенца».

При своеобразной системе преподавания в «бабичьих школах» и трудности подбора учениц для них, за первые 20 лет существования Московской школы было подготовлено всего 35 повивальных бабок, в том числе 5 русских. О деятельности С.-Петербургской школы сведений мы не имеем.

Городовые акушеры, как было уже упомянуто, привлекались для освидетельствования приводимых в полицию женщин разных категорий. Так, Главная Полицмейстерская Канцелярия в г. Петербурге сообщала в особом отношении, адресованном П. З. Кондоиди, что на их обязанности лежит освидетельствование «пойманных в воровстве и разных продерзостях жен и девок, которые при распросах и попытках объявляют себя беременными, стало быть пыток и наказаний им чинить нельзя, и держать их очень долго, не давая хода делам, и было, что

---

[1] Я. Чистович. «История медицинских школ», Приложение, стр. CCCVIII.

[2] Я. Чистович. «Очерки из истории русских медицинских учреждений XVIII столетия». Глава IV.

избегая пыток и наказаний и чтоб протянуть время, объявляли себя беременными ложно»[1].

Учрежденные П. З. Кондоиди «бабичьи школы», несмотря на ограниченность своих средств и трудность существования, принесли несомненную пользу. Они сохранились в первоначальном виде до открытия в обеих столицах Воспитательных домов и учреждения при них повивальных школ нового типа.

Самая идея их организации П. З. Кондоиди свидетельствует по словам Я. Чистовича, «о дальновидности и глубокомыслии этого величайшего из русских медицинских администраторов, еще не вполне до сих пор оцененных потомством».

В 1763 году при учреждении Медицинской Коллегии управление было изъято из рук врачей. До этой реформы во главе медицинского дела стоял, как уже известно архиятер, т. е. обязательно врач.

Согласно новой инструкции, «в Коллегию президент... определяется яко первенствующая только персона». «Президент имеет в Коллегии только один голос и сам собой в ней ничего не определяет, разве что ему одному от нас самих повелено будет; но и то всей Коллегии объявить должен». Пункт «7» о должности президента гласит: «Что касается до докторских по науке врачевания правил и рассуждений, в том президент никакого голоса не имеет, потому что сие только прямо ученым принадлежит».

Первым президентом Медицинской Коллегии был назначен барон Александр Иванович Черкасов, который не будучи врачом, любил медицину и следил за ее развитием. На посту президента Черкасов развил неутомимую деятельность в рамках, предусмотренных инструкцией: «сохранение врачеванием народа в империи» и «заведение российских докторов, лекарей, операторов и аптекарей, а к тому содержание порядочное аптек и добрая их экономия».

Его усилиями в 1764 году при Московском университете был открыт медицинский факультет. Введение оспопрививания в России было также претворено в жизнь,

---

[1] Я. Чистович. «Очерки из истории русских медицинских учреждений XVIII столетия». Глава IV.

благодаря Черкасову. Наконец, в 1764 году Медицинской Коллегии было предоставлено право давать звание доктора медицины. До этого для получения диплома доктора необходимо было ехать за границу.

1763 году по идее Бецкого в России был учрежден первый Воспитательный дом, предназначенный для воспитания сирот и подкидышей.

В 1770 году был основан и второй Воспитательный дом в Петербурге, вслед за тем филиальные отделения открывались во многих губерниях и даже уездных городах. Однако все эти учреждения, не исключая столичных, сделались рассадниками высокой детской смертности, по народному выражению «фабриками ангелов». Вследствие повальной смертности в этих домах в 1828 году вышел приказ, запрещавший открытие новых воспитательных домов.

Значение Московского воспитательного дома состояло также и в том, что в нем было создано первое родовспомогательное учреждение — или «заведение», как оно долгое время называлось в России. Оно выполняло двоякую задачу: во-первых, это был центр, в котором преподавалось акушерство, как научная дисциплина. Во-вторых — это был стационар для организованной подачи родильной помощи. Родовспомогательное заведение при Московском воспитательном доме было устроено в 1764 году на 20 коек. Оно предназначалось исключительно для незамужних рожениц в качестве тайного убежища. В. П. Лебедева говорит, что оно было «по всей вероятности рассчитано на тех рожениц из высших слоев, которые по условиям того времени должны были разрешаться где-нибудь в тайном убежище»[1]. Такое предположение весьма вероятно. Как бы то ни было, основанием родовспомогательного учреждения при Московском воспитательном доме было положено начало научному преподаванию акушерства и организованной подачи стационарной родильной помощи в России.

По примеру Москвы родильный госпиталь с теми же задачами был устроен в 1771 году при Петербургском воспитательном доме.

---

[1] В. П. Лебедева. «Охрана материнства и младенчества», стр. 71.

В 1775 году был издан закон под названием «Учреждения для Управления Губернией». В числе «учреждений» состоят и «Приказы общественного призрения».

В обязанность «Приказов общественного призрения» входило устройство сиротских домов, больниц, аптек, богаделен, домов для неизлечимых больных, домов для психически больных.

Каждому Приказу, которые учреждались во всех губерниях, предоставлялся оборотный капитал в сумме 15 000 рублей. Но эта сумма признавалась явно недостаточной; это видно из того, что Приказам было разрешено совершать всевозможные коммерческие операции «для умножения этой суммы» раздачей оной взаймы из процентов и принятием подаяния», т. е. привлечения капитала благотворителей.

«Приказная медицина» была предназначена для обслуживания нужд чиновного и торгового слоев населения городов XVIII века. Предполагалось, что дворянство будет пользоваться помощью частно практикующих врачей.

Об обслуживании сельского населения Указ 1775 года упоминает лишь вскользь и то лишь по линии борьбы с эпидемиями.

Таким образом, в деле в организации родильной помощи населению за период, обнимающий без малого столетие, сделано сравнительно немного. Родовспоможение в деревне, как и в городе, осталось всецело предоставленным знахарям, бабкам и повитухам.

Неустройство этой важной отрасли народного здравоохранения было причиной огромной смертности среди матерей и в особенности среди детей. Несмотря на высокую рождаемость среди народов Российской империи, смертность детей в первый год жизни поглощала значительную часть родившихся.

Это обстоятельство не могло не остановить на себе внимания передовых людей XVIII столетия и навести их на размышления по изысканию способов улучшить положение дела.

Так, известно, что 1 ноября 1761 года М. В. Ломоносов обратился с письмом к графу И. И. Шувалову, озаглавленным: «Рассуждение о размножении и сохранении российского народа». Письмо это было впервые опуб-

ликовано в 1819 году в «Журнале древней и новой словесности», изд. Г. Олиным, да и то с цензурными урезками.

Мероприятия, выдвигаемые М. В. Ломоносовым в целях увеличения народонаселения России, распадаются на две группы: 1) меры к увеличению числа рождений и 2) меры к уменьшению смертности населения.

«Для обильного плодородия родящих» Ломоносов предлагает: 1) устранить браки между лицами несоответствующих лет (между пожилыми мужчинами и молодыми девушками и наоборот); 2) отменить браки по принуждению; 3) отменить закон, запрещающий жениться более трех раз; 4) запретить «клобук» (т. е. пострижение в монахи — *М. Л.*) мужчинам до 50, а женщинам до 45 лет.

«Для сохранения жизни неповинных младенцев, — рассуждает М. В. Ломоносов, — надобно было бы учредить народные богадельные дома для невозбранного зазорных детей приему, где богадельные старушки могли бы за ними ходить вместо матерей или бабок».

«По исчислению умерших по приходам, учиненному в Париже, — продолжает Ломоносов, — сравнив их лета — умирают в первые три года столько же почти младенцев, сколько в прочих до ста считая». В качестве основных мероприятий для борьбы с детской смертностью Ломоносов выдвигает: 1) просвещение народа, 2) борьбу с вредными предрассудками, навыками и обычаями. Он дает и некоторые конкретные указания по этому поводу. Запретить крестить младенцев в холодной, а тем паче ледяной воде. «Невеждам попам физику толковать нет нужды, довольно принудить властью, чтобы всегда крестили водой летней в рассуждении теплоты равною. Таких упрямых попов, кои хотят насильно крестить холодной водой, почитаю я душегубами».

Далее М. В. Ломоносов рекомендует «...выбрать хорошие книжки о повивальном искусстве и, самую лучшую положив за основание, сочинить наставление на российском языке или, сочинив на другом языке, перевести на российский...». К такой книге «необходимо должно присовокупить добрые приемы российских повивальных искусных бабок, для сего, созвав выборных, долговременным искусством дело знающих, спросить

каждую особливо и всех вообще и, что за благо принято будет, внести в оную книжку».

Со своей стороны М. В. Ломоносов рекомендует издать наставление Гофмана «для излечения прочих детских болезней» и «присовокупив из других лучшее, соединить с вышеупомянутой книжкой о повивальном искусстве».

Учитывая малограмотность, Ломоносов предлагает: «оную книжку, напечатав в довольном множестве, распродать во все государство по всем церквам, чтобы священники и грамотные люди, читая, могли сами знать и других наставлением пользовать».

«Рассуждение» М. В. Ломоносова является передовым для того времени, и отдельные высказанные им мысли в высшей степени интересны. К ним можно, например, отнести предложение провести мероприятия по использованию опыта и знаний опытных российских бабок, чтобы дополнить их советами, «принятыми за благо», научно составленное или переведенное с другого языка сочинение о повивальном искусстве.

Совершенно правильна и практична мысль Ломоносова дополнить книжку о повивальном искусстве наставлением по лечению детских болезней, так как естественно, что кроме повивальных бабок, никто не мог проводить здоровых взглядов по уходу за детьми, их лечению и воспитанию. В 1766 году было издано в С.-Петербурге «Краткое наставление, выбранное из лучших авторов с некоторыми примечаниями о воспитании детей от их рождения до отрочества».

Что касается «книжицы» по повивальному искусству, то ряд отдельных более или менее удачных попыток составить или перевести книгу подобного рода привели к изданию замечательного оригинального сочинения Н. М. Максимовича-Амбодика, закончившего эту работу в 1784 году. Многие из положений, выдвигаемых Н. М. Максимовичем-Амбодиком, не потеряли своей актуальности и по сей день.

Несколько позднее сочинения М. В. Ломоносова, а именно в 1775 году, появился труд проф. С. Г. Зыбелина «Слово о правильном воспитании с младенчества в рассуждении тела, служащее к размножению в

обществе народа». Подлинный экземпляр его хранится в Музейном отделе Библиотеки имени Ленина.

Мы не будем передавать содержание этого сочинения С. Г. Зыбелина, которое читается с огромным интересом. Ограничимся указанием на то, что автор правильно классифицирует детскую смертность, различая смертность антенатальную, интранатальную и постнатальную — в раннем и позднем возрасте. Он пишет: «...человек разным образом удобно может бытия своего лишиться во всякое время, даже и в то самое, когда он еще во утробе зачинается; так равномерно и по пребывании своем через несколько месяцев во чреве, а иногда же при самом исхождении из оного опять в ничто обращается; иногда уже хотя от общего всем светила блистанием уже начал наслаждаться; но нечаянно его паки оставляет; не меньше уже иные, кои уже начали предметы разбирать, или увеселяться, и собою родителей утешать; но прекращается вдруг жизнь их, к сожалению многих...».

Антенатальная охрана должна начинаться значительно раньше наступления беременности: «Первое и надежное средство, — пишет Зыбелин, — чтобы рождаемые были крепки и здоровы через всю жизнь, или по крайной мере, чтобы могли удобнее приключающимся болезням, особливо в младенчестве противостоять, зависит наипаче от самих рождающих; почему оба родители, равномерно и те, кои в союз супружества когда-нибудь намереваются, как корень будущего плода сами себя некоторым воспитания образом предуготовлять должны, чтобы быть всегда здоровыми» [1].

Основой для проведения столь радикальной профилактики охраны ребенка С. Г. Зыбелин считает воздержание решительно во всем. «Наипаче же всего всячески стараться должно убегать стремления страстей... исполнение правил воздержной жизни во всем, для супругов и будущего их плода, не только полезно, но и необходимо нужно... Наблюдение сего всеобщего правила для всех без изъятия полезного, наипаче касается до матери...» [2].

За этим следует изложение правил и режима жизни

---

[1] С. Г. Зыбелин, стр. 8.
[2] Там же.

для беременных женщин, причем С. Г. Зыбелин проявляет значительную осведомленность в этой области. Он говорит, например, что «необыкновенная или несколько вредная пища» часто бывает сносна вне беременности, но может «почесться ядом» во время беременности, «особливо в сложениях слабых». Он подчеркивает, что «движение хотя необходимо нужно», однако оно «полезно только при чистом воздухе умеренное...». «В сем состоянии находящейся женщине так же и лечиться не всегда можно, как и не должно, но обыкновенные припадки беременности сносить терпеливо...». Вместо всяких лекарств С. Г. Зыбелин рекомендует применять кровопускание.

К числу важных начинаний Медицинской Коллегии следует отнести разработку так называемого «Предварительного постановления о должностях учащих и учащихся до «воспоследования полного для врачебных училищ устава». Под этим скромным названием была задумана коренная реорганизация медицинского преподавания в России, которая завершилась учреждением С.-Петербургской и Московской Медико-Хирургических Академий (12 февраля 1799 г.).

Ближайшее участие в разработке «Предварительного постановления» приняли проф. Шумлянский и Тереховский. Проект был одобрен директором Медицинской Коллегии А. И. Васильевым и облечен в официальную форму коллегиального постановления.

Мы не будем излагать пространного «предварительного постановления о должностях учащих и учащихся» и остановимся лишь на тех его сторонах, которые нас интересуют непосредственно.

Относится это прежде всего к тому, что акушерство или «повивальная наука» выделена в самостоятельную дисциплину и в особом разделе, под пунктом 7, изложена программа занятий, предусмотренная для профессора повивальной науки.

«7) Должность профессора повивальной науки. a) Наставление в акушерском искусстве преподаваемы быть должны четыре дня в неделе от 11 часов до полудня, включая понедельник и четверток, в хирургическом театре. b) Показав подробным образом части рождающие, рождаемые, воздоющую и предшествующую в повиваль-

ном искусстве теорию, изъясняет учащимся все самомалейшие ручные действия и трудности как со стороны матерней, так и от стороны младенца. с) Разные орудия, к повивальному искусству относящиеся, чучелы, изобретенные машины, употребляемые при наставлении учащихся в повивальной науке, имеет в своем смотрении».

Введение этого пункта, несомненно, является официальным признанием права на преподавание акушерства, как специального и притом обязательного предмета медицинского образования, хотя профессора повивальной науки надолго еще объединяют его с преподаванием других дисциплин. Из этого не следует делать вывода, чтобы этот, важный в истории развития акушерства, сдвиг в той или иной степени практически отразился на организации родильной помощи населению. Но, во всяком случае, он открывал дорогу для прогрессивного развития и роста акушерства (а впоследствии и гинекологии), как самостоятельных отраслей знания и преподавания, а следовательно, для создания кадров врачей-специалистов, что не замедлило практически отразиться на размерах охвата населения, правда, лишь в более крупных городах, правильной родильной помощью.

По «Предварительному постановлению» в каждом медицинском училище учреждено по шесть кафедр, замещенных профессорами, по столько же адъюнктов, по одному оператору с должностью прозектора и по рисовальному учителю.

При выборе профессоров к кандидатам, среди прочих требований, предъявлялось: «Знать совершенно русский язык для точного и вразумительного выражения своих на оном мыслей при преподавании учения». В исключительных случаях допускается преподавание на латинском языке, с обязательством изучить в течение трех лет русский.

Медицинская Коллегия утвердила 17 августа 1795 года это постановление, закончив его следующими словами.

«При первоначальном новых правил и нового распределения постановления, желаемое действие врачебных училищ конечно в один год последовать не может, на то потребно время, терпение и радение, к чему вызываются и профессоры, каждый по своей части, дабы Медицин-

ская Коллегия, труды их приложа к своим трудам, сов-временем могла совершеннейший всему устроить порядок».

Утвердив это «Предварительное постановление», А. И. Васильев употреблял все усилия как можно скорее привести его в исполнение, с тем чтобы по испытании на деле превратить его в окончательное и утвердить в законодательном порядке[1].

Результаты более чем двухлетнего опыта введения в действие «Предварительного постановления» оказались вполне удовлетворительными. Как свидетельствует Я. Чистович, «преподавание быстро расширилось, а вместе с ним быстро стал подниматься и общий уровень медицинского образования. Училища перестали нуждаться в иностранных преподавателях и в то же время Медицинская Коллегия стала строже относиться к приему иностранных докторов, желавших поступить на русскую службу»[2].

В 1798 году А. И. Васильев разработал положение «О постройке здания Медико-Хирургической Академии».

В Московской Медико-Хирургической Академии первыми преподавателями акушерства были профессор акушерства и физиологии Генрих Фрезе и адъюнкт-профессором при нем Гавриил Попов.

Генрих Фрезе родился в Ревеле изучал медицину в Берлине, Лейпциге, Париже, Лондоне и, наконец в Лейдене где получил докторскую степень в 1772 году, защитив диссертацию на акушерскую тему: «Theses de capite in partu praeternaturali executiendo». После экзамена в Медицинской Коллегии он получил право практики в России в 1774 году. В Москву Фрезе прибыл в 1776 году, преподавал в Московском генеральном госпитале физиологию, патологию, терапию и materia medica. В 1783 году он прислал в Медицинскую Коллегию две научных работы, из них одна на гинекологическую тему: «De tumore cystico notabilis magnitudinis cut successu extirpato».

За эти работы Г. Фрезе получил от Медицинской Коллегии звание профессора.

Таким образом, ревельский врач Г. Фрезе произвел с успешным исходом операцию овариотомии на 26 лет

[1] Я. Чистович. «История первых медицинских школ в России», стр. 391.

[2] Там же, стр. 395.

раньше, чем американец Мак Доуэлл, которому история медицины неправильно приписывает приоритет в этом отношении, бесспорно принадлежащий русскому врачу.

Будучи законченным к тому времени специалистом, Г. Фрезе в июле 1797 года составил проект института для точнейшего пересмотра сведений о новорожденных и умерших в городе Москве, с тем, что «если проект его будет одобрен, то он без жалования будет составлять предлагаемые таблицы». Медицинская Коллегия одобрила проект, а доктора Г. Фрезе избрала в августе 1797 года в свои почетные члены [1].

Гавриил Петрович Попов родился в семье священника в селе Красном Донецкого уезда, Полтавской губернии, Сперва учился в Екатеринославской семинарии, затем перешел в Московскую медицинскую школу и отсюда по окончании курса, со званием лекаря, в С.-Петербургский генеральный сухопутный госпиталь. В феврале 1796 года он просил о своем назначении адъюнктом в Московскую медицинскую школу по кафедре акушерства. Медицинская академия заслушала его пробную лекцию (28 февраля 1796 года), причем, как было указано в решении, он «оказался одаренным способностью объяснения и ясности слова, а потому и к должности ему определенной достойным быть признается». В 1798 году Г. П. Попов получил профессорскую должность, со званием адъюнкт-профессора, причем вместе с акушерством преподавал и «судную науку».

После окончательного оформления Медико-Хирургических академий состав профессоров сильно изменился, и к концу первого года мы видим на посту преподавателей акушерства следующих лиц.

В С.-Петербургской Медико-Хирургической Академии: адъюнкт-профессор акушерства и женских болезней — Григорий Сухарев. В Московской Медико-Хирургической Академии мы видим адъюнкт-профессором акушерства Г. П. Попова.

Первые клиники в С.-Петербургской МедикоХирургической Академии открылись только к 1806 году. Кафедра акушерства не имела своей клиники. В 1797 году разре-

---

[1] Я. Чистович. «История первых медицинских школ в России», Приложение, стр. CCCXXIV.

шено было посылать из врачебных училищ по два студента в родильные госпитали воспитательных домов на два месяца для прослушания курса практического акушерства у проф. Н. Максимовича-Амбодика в С.-Петербурге и у проф. А. Шумлянского, а после смерти последнего у В. Рихтера в Москве. Практически вопрос об устройстве собственных акушерских клиник в то время не был еще разрешен.

В 1797 году в С.-Петербурге был учрежден «Родильный госпиталь» на 20 кроватей и «Повивальная школа» при нем для 22 воспитанниц — ныне Институт акушерства и гинекологии Академии медицинских наук СССР. Для Института, который получил официальное название «Императорского С.-Петербургского Клинического Повивального Института», был приобретен прекрасный дом у графини Е. А. Зубовой на набережной реки Фонтанки близ Калинкина моста.

Со времени основания Института до октября 1826 года в нем разрешалось 1679 женщин, что составляет в среднем 57 женщин в год. Из этого видно, что по объему практическая помощь беднейшим роженицам столицы, оказанная Институтом была совершенно ничтожна. За этот же период из повивальной школы было выпущено 512 повивальных бабок.

Особенное значение имел медицинский факультет Московского университета в подготовке кадров отечественных врачей и в частности акушеров.

Первый основанный в России Московский университет был открыт еще в 1755 году, а медицинский факультет— в 1764 году. Однако «преподавание в нем акушерства стало на прочную ногу не ранее 1790 г.», когда здесь была организована специальная кафедра по этому предмету, которую занял проф. В. Рихтер [1].

Вильгельм Рихтер, питомец Московского университета, заняв по возвращении из заграницы кафедру акушерства медицинского факультета Московского университета, начиная с 1795 года, стал исполнять должность профессора в Московской повивальной школе и главного городского акушера в Москве, а в 1801 году был назначен

[1] В. С. Груздев, «Краткий очерк истории акушерства и гинекологии в России», стр. 13, 1907.

директором новоучрежденного Повивального института при Московском воспитательном доме. В 1801 году В. Рихтер издал «Руководство к повивальному искусству, основанное на новейших опытах». В 1810 году им был издан другой труд: «Synopsis praxis medico-obstetricae, quam per hos 20 annos Mosquae exercuit G. M. Richter». Этому сочинению, в основу которого легли 624 акушерских наблюдения автора, в том числе 54 случая поворота и 33 случая наложения щипцов, В. С. Груздев дает высокую оценку.

4. ОРГАНИЗАЦИЯ РОДИЛЬНОЙ ПОМОЩИ В ПЕРИОД ФОРМИРОВАНИЯ И РАЗВИТИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО КАПИТАЛИЗМА И В ЭПОХУ ИМПЕРИАЛИЗМА В РОССИИ (1800—1917 гг.)

Организация родовспоможения в России с 1800 года до создания земской медицины (до 1864 г.)

Как указывается в «Кратком курсе истории ВКП(б)», «Царская Россия позже других стран вступила на путь капиталистического развития. До 60-х годов прошлого столетия в России было очень мало фабрик и заводов. Преобладало крепостническое хозяйство дворян-помещиков».[1]

В начале XIX столетия Россия была отсталой сельскохозяйственной страной, в которой господствовали феодально-крепостнические отношения. Капитализм, как общественно-экономическая формация стал развиваться в России лишь после крестьянской реформы 1861 года. Но в отсталой, крепостнической России конца XVIII и первой четверти XIX века, незаметно на первый взгляд, подспудно, уже начинают развиваться отдельные элементы новых капиталистических отношений, намечается развитие нового капиталистического уклада. Под влиянием развивающихся капиталистических отношений быстрее происходит разложение крепостного хозяйства. К. Маркс в «Капитале» указывал, что «Экономическая структура (хозяйственный строй) капиталистического общества выросла из экономической структуры феодального общества.

[1] «История ВКП(б)», Краткий курс, стр. 5, 1945 г.

Разложение последнего освободило элементы первого»[1]. Все больший охват всех отраслей хозяйства России товарно-денежными отношениями означал, по меткому замечанию В. И. Ленина, «отделение все большей и большей части населения от земледелия, т. е. рост промышленного населения за счет земледельческого»[2]. Рост промышленного населения, т. е. городского населения за счет сельских жителей вел к расширению внутреннего рынка и еще большему развитию новых буржуазных отношений.

На основе возникшего и развивающегося уже в начале XIX столетия капиталистического уклада начинается и более быстрое развитие естественных наук в России, способствующих развивающемуся капиталистическому производству, помогающих двигать вперед технику. Именно в XIX столетии, и уже в первой его половине русское естествознание выдвигает таких корифеев, как Лобачевский, Зимин, Бэр и многие другие, создавших славу нашей русской науке, продолживших и умноживших славные традиции гениального основоположника нашей науки — М. В. Ломоносова. На этой естественнонаучной основе выросла русская медицина первой половины XIX века, созданная Н. И. Пироговым. Он преодолел и разгромил имевшие некоторое хождение в нашей медицине обветшалые, реакционные натурфилософские идеалистические теории занесенные из-за границы. Опыт, научный эксперимент вновь были провозглашены единственной основой медицины как науки. Сочетая свою научную работу с большой общественной деятельностью, Н. И. Пирогов вел всю жизнь ожесточенную борьбу против реакционной части профессуры, против царских казнокрадов и военных бюрократов. Рост городов и городского населения ставили перед развивающейся русской медициной задачу организации не только общей медицинской помощи, но и специально акушерской помощи массе населения.

Наиболее крупной из проведенных в начале XIX столетия реформ следует признать реорганизацию централь-

---

[1] К. Маркс, «Капитал», т. I, стр. 573, 1931 г.
[2] В. И. Ленин, Соч., изд. 2-е, т. III, стр. 17.

ного управления медицинским делом. Надо иметь в виду, что искони устройство его в России прежде всего было подчинено требованиям военного ведомства. В связи с этим границы между гражданскими и военными врачами были стерты. Кроме того, здравоохранение никогда не признавалось царскими чиновниками самостоятельной и равноправной отраслью государственного управления и хозяйства, а потому всегда была тенденция присоединить ее к тому или иному ведомству. Как мы уже упоминали, русской медицине приходилось преодолевать самые различные препятствия, которые возникали на пути ее развития по «милости» царского правительства.

Указом от 31 декабря 1803 года Медицинская Коллегия была преобразована в третью экспедицию, под наименованием «Экспедиция государственной медицинской управы департамента внутренних дел». При департаменте был установлен Медицинский совет. При министре военных сухопутных сил, военных морских сил и внутренних дел (впоследствии Министерства полиции) установлены «генерал-штаб доктора и их помощники».

Через семь лет, 14 марта 1810 года третья экспедиция была отнесена к Министерству полиции и названа Медицинским департаментом, директорами которого с 1811 по 1837 год были не врачи. Должность генерал-штаб доктора была переименована в должность главного инспектора практической, судебной и полицейской медицины в империи и зависела почти во всех своих распоряжениях от директора — не врача. «Столь настойчивое применение принципа подчиненности врачей распоряжениям посторонней власти в центре не могло не отразиться неурядицей в отправлении врачебного дела и по губерниям... Из департамента, управляемого не врачом, посылались во врачебные управы односторонние, ошибочные и совершенно неправильные предписания... Предписания департамента весьма часто противоречили предписаниям генерал-штаб доктора по одному и тому же предмету, и врачебные управы не знали, чему следовать и как распорядиться на месте....»[1].

[1] Н. Розов. «О преобразовании губернских медицинских учреждений. М., 1862.

Медицинский совет, образованный при Министерстве внутренних дел, представлял собой высшее врачебно-ученое учреждение, ведавшее всеми вопросами охраны народного здравия, врачевания и экспертизы. Он рассматривал все дела, относящиеся к устройству медицинской и врачебно-санитарной части, «к усовершенствованию и приращению врачебной науки», давал заключения по всем медицинским вопросам, которые вносились на его рассмотрение другими ведомствами, имевшими свою медицинскую часть. Таким образом, по своим функциям Медицинский совет был надведомственным учреждением. Он имел коллегиальное устройство. В состав его входили: председатель, 18 непременных членов, совещательные члены и ученый секретарь, который докладывал министру внутренних дел о всех делах Совета. Во главе его стоял не врач, а лишь с 1837 года должность председателя стала замещаться врачами.

Родовспоможение в период земской медицины (1864—1917 гг.) в земских и неземских губерниях

После крестьянской реформы Россия вступила в капиталистический период своей истории. Производительные силы страны, получив известные возможности для своего развития, начали быстро расти. На основе развивающейся науки стала быстро развиваться и совершенствоваться техника. Ленин писал, что «Россия сохи и цепа, водяной мельницы и ручного ткацкого станка стала быстро превращаться в Россию плуга и молотилки, паровой мельницы и парового ткацкого станка»[1]. Для роста и развития внутреннего рынка большое значение имело железнодорожное строительство, связавшее промышленные центры с отдаленными районами и создавшее таким образом новые массы потребителей промышленных продуктов. Вместе с тем усиленное железнодорожное строительство влекло за собой повышение потребления металла, угля, нефти и других материалов и обусловливало быстрый рост металлургии, угледобычи и т. д. Быстро развивающееся естествознание второй половины XIX и начала XX

[1] В. И. Ленин, Соч, изд. 2-е, т. III, стр. 466.

века выдвигает целую плеяду крупнейших ученых, работы которых составили эпоху в русской и мировой науке. Имена Менделеева, Сеченова, Павлова, Бутлерова, братьев Ковалевских, Мечникова и многих других являются гордостью передовой, прогрессивной науки. На основе бурного развития естественных наук, высокого развития достигла и медицина в России, благодаря многочисленным талантливым русским ученым-врачам, как Боткин, Захарьин, Остроумов, Пашутин, Эрисман, Снегирев и многие другие.

Вместе с тем крестьянская реформа расчищала почву для введения всесословного земского самоуправления, введенного в 1864 году. Несмотря на свои недостатки, земское положение, тем не менее, открыло новые возможности для организации (в очень ограниченных масштабах) лечебной помощи населению. По земскому положению 1864 года земству было передано заведывание учреждениями бывших приказов общественного призрения и земству было предоставлено «право попечения о народном здравии». Земство получило очень неприглядное наследство от своих предшественников. Были губернии, где на всю губернию приходилась одна больница, находящаяся в губернском городе. Сельских же больниц совсем не было, и десятки миллионов крестьян были совершенно лишены медицинской помощи. Земская медицина, объявляя борьбу всем невежественным предрассудкам и создавая веру в научную медицину, способствовала возникновению и развитию первых попыток организовать рациональную медицинскую помощь населению, в которой определенное место должна была занимать и родильная помощь в деревне и в городе. Противодействие «земцев»-дворян и царского правительства всем, более или менее прогрессивным начинаниям земских врачей, обрекало многие хорошие начинания на неудачу. Но тем не менее, трудами земских врачей, в числе которых нужно упомянуть Д. Н. Жбанкова и Е. А. Осипова, было положено начало организации рациональной медицинской помощи населению городов и сел России.

Переходя к описанию организации родильной помощи сельскому населению в земских губерниях, мы должны предпослать нашему изложению существенную оговорку, которую уже делали и прежде, когда говорили о состоя-

нии родильной помощи в более ранние периоды истории развития медицины в нашей стране, а именно: изучение организации родильной помощи земствами вне рамок развития земской медицины вообще представляется невозможным. Родовспоможение тесно переплетается с общемедицинской деятельностью земств, составляя, однако, ничтожный элемент в общем комплексе проводимых земствами лечебно-санитарных мероприятий. Не имея перед собою этого фона, определявшего условия существования родильной помощи, нельзя, с одной стороны, говорить о развитии этой помощи. С другой стороны, именно на этом фоне, при сопоставлении с несомненными и серьезными успехами в развитии земской медицины, особенно выпукло выделяется отставание в организации акушерской помощи. Поэтому мы будем излагать историю родильной помощи за полвека жизни земств в рамках развития истории земской медицины.

В 1864 году было издано «Положение о земских учреждениях». Согласно п. 2 этого Положения на земства было возложено «попечение в пределах законом определенных и преимущественно в хозяйственном отношении о народном здравии».

Устройство здравоохранения было, однако, отнесено к числу необязательных повинностей земства. Закон вменял земствам в обязанность только содержать переданные им Приказами общественного призрения учреждения и принимать меры к организации оспопрививания. Ни в «Положении» 1864 года, ни в последующем издании его (в 1890 году) функции земств в области оказания сельскому населению врачебной помощи не были точно регламентированы. Это не меняет, однако, того положения, что актом 1864 года было положено начало организации больничной помощи населению.

Земская медицина представляет, по словам Ф. Ф. Эрисмана[1], «сокровище, которому нет ничего подобного в западной Европе». Славе русской земской медицины особенно содействовал успех ее на Всероссийской гигиенической выставке в 1913 году. На этой выставке значительные достижения в области строительства дере-

---

[1] Речь на III съезде Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова.

венской медицины были представлены в многочисленных таблицах, диаграммах, фотоснимках и т. д.

Грубой ошибкой было бы, конечно, отрицать огромные сдвиги в лечебном и особенно в санитарном деле, которыми русская деревня обязана была земству. Неправильно было бы игнорировать те исключительные трудности, о которых говорилось выше и которые пришлось преодолеть земствам, вернее говоря — земским врачам, в деле строительства медицины, в деле создания чего-то нового, не имея ни готовых образцов, ни примеров тому в других странах. С этой точки зрения земская медицина была прогрессивным явлением в истории охраны народного здоровья в России и имеет ряд несомненных крупных заслуг в этом отношении.

Но вместе с тем следует признать, что созданный в течение десятков лет вокруг земской медицины ореол меньше всего способствовал деловой критике. Преувеличенная оценка результатов, достигнутых земской медициной, происходила в особенности потому, что в основу суждения о ней принималась деятельность самого богатого и самого передового — Московского земства.

Для того, чтобы объективно и правильно оценить деятельность земских учреждений в области медицины, необходимо прежде всего дать себе ясный отчет, что земство далеко не представляло собой однородной по своим интересам и политическим тенденциям организации.

Земские врачи тоже не были однородны по своему составу, а состояли из представителей различных политических направлений. Большинство из них были либералы, однако, среди земских врачей, начиная с 90-х годов, появляются и подлинные демократы-революционеры.

Наиболее передовые из земцев, не лишенные чувства критики и объективной оценки действительности, не могли не давать себе отчета в классовом характере земства, но пытались в мало убедительных доводах доказать его внеклассовую деятельность. Так, например, С. Н. Игумнов [1] пишет «... наше земство по структуре своей, действительно сословное — уездное, губернское, можно сказать, исключительно дворянское. Однако это

[1] С. Н. Игумнов. «Сословность и демократизация земских учреждений». Харьков, 1907.

еще не дает права называть его сословным **по деятельности**» (разрядка наша — *М. Л.*). С. Н. Игумнов полагает, что в условиях русской действительности применять «масштаб классовых интересов» будто-бы невозможно. Почему невозможно? С. Н. Игумнов отвечает так: «чтобы оценивать деятельность общественных учреждений с точки зрения борьбы классовых интересов, ведь недостаточно одной только наличности различных групп населения, интересы которых расходятся или не всегда совпадают, для этого необходимо, чтобы группы эти не только существовали, но и имели возможность самоопределения... Если посмотреть на деятельность русского земства без предвзятой мысли, то назвать ее сословной нельзя. Его главные детища — земская медицина и земская школа — создавались не в силу сословных интересов».

Разумеется, в разрешении многих практических актуальных вопросов крайние (правые и левые) элементы политических направлений земской организации могли быть, в течение более или менее продолжительного времени и «попутчиками», но это не изменяет классового существа земства в целом, как представителя классово-сословных интересов, главным образом дворянских.

Свое истинное классовое лицо либеральные земцы показали во время революционных событий 1905 года, когда они оказались полностью в лагере реакции, что не могло не отразиться и на судьбах земской медицины, как мы увидим в дальнейшем.

В отношении к Великой Октябрьской Социалистической революции земства заняли резко враждебную позицию и в подавляющем большинстве примкнули к открытой контрреволюции.

Как **целое**, земские врачи, несмотря на различные оттенки и даже противоречия сословных интересов, были выразителями интересов либеральной буржуазии.

Реакционная классовая подоплека деятельности земств обнаружила себя и в области сельского родовспоможения. Понимание этого положения дает ключ для правильной оценки всех предложений по устройству родильной помощи, начиная от наиболее отсталых, узаконивающих повитушество, до самых «передовых», а вместе с тем

и наиболее лицемерных, признающих рациональной только врачебную родильную помощь.

Каковы же были условия, при которых началось строительство земской медицины?

Материальная база, унаследованная от Приказов общественного призрения, на которой надлежало возвести здание земской лечебной медицины, как мы указывали, была крайне скудна. Почти все перешедшие к земству помещения находились в запущенном состоянии, были плохо оснащены и оборудованы. Вместе с этим имуществом в распоряжение земств поступили и капиталы Приказа общественного призрения — 8,75 миллионов рублей — сумма довольно значительная по тому времени. Но и предстоящие расходы, неизбежные с устройством на селе лечебных учреждений, должны были быть весьма крупными.

Земство боялось взять на себя эти расходы, а вместе с тем и ответственность за лечебное дело на селе.

Сомнения эти были тем более понятны, что закон не только не давал никаких точных указаний на этот счет, но что и устройство здравоохранения, как мы уже говорили, даже не входило в обязательные для земства задачи.

Достаточно сказать, что уже значительно позднее, в 1910 году, когда земство фактически уже было строителем земской медицины, последовало сенатское разъяснение, устанавливающее необязательность для земств приема в больницы заразных больных при отсутствии в них заразных отделений.

В. Б. Веселовский говорит, что вначале у земцев вообще не было прочного сознания необходимости организовать для крестьян врачебную помощь. Наоборот, господствующим взглядом был тот, что «для крестьян достаточна дешевая фельдшерская помощь...». Поэтому нас и не должно удивлять, что земства в первое время с легким сердцем упразднили должности врачей. Всего за 1865—1904 года имеется 159 случаев сокращения врачебных штатов в 124 уездах. Из них огромное большинство приходится на 60—70-е годы и меньшее на 80-е годы [1].

---

[1] В. Б. Веселовский. «История земств за 40 лет», СПБ, 1909 г.

С родовспоможением дело обстояло особенно неблагополучно. Собственно говоря, ни земства, ни сами земские врачи не знали, что нужно в этой области делать. До земств никакого сельского родовспоможения вообще не существовало: в большинстве уездных городов было лишь по одному врачу (да и то далеко не во всех), обремененному, помимо лечебной работы множеством побочных служебных обязанностей. «Крестьяне видели докторов только при рекрутских наборах и при выездах на вскрытие мертвых тел, т. е. при обстоятельствах, наводивших на население панический страх» (И. Я. Капустин).

Необходимость организации родовспоможения далеко еще не всеми признавалась бесспорной. Роды считались естественным актом, не требующим никакого вмешательства. Так, известный земский деятель врач Молессон на I съезде пермских врачей говорил следующим образом: «Родоразрешение есть процесс физиологический, в известное время он должен произойти сам по себе и всякий пособник при нормальных родах должен, не вмешиваясь, дождаться окончания этого процесса. Поэтому при нормальных родах почти нечего делать: женщина родит и без постороннего участия, остается принять младенца и перевязать ему пуповину. Нужно знать, чего не делать, чтобы не повредить родам». Интересно отметить, что подобные антинаучные «теории» публично развивались «передовыми» земцами в то время, когда акушерская наука достигла в России полного расцвета.

В. Б. Веселовский признает, что «Об организации акушерской помощи в земстве нам не придется много говорить, ибо в этом отношении почти ничего не сделано»[1].

А. П. Артемьев тоже считает, что дело родовспоможения было «в загоне» в продолжение 35-летней деятельности земских учреждений в России, и что земство не выполнило в этом отношении своей миссии, хотя закон 1864 года и представлял земским деятелям полную возможность «обратить должное внимание на целесообразное устройство родовспоможения»[2].

---

[1] В. Б. Веселовский. «История земств за 40 лет», СПб, 1909.

[2] А. П. Артемьев. «Участие и роль земства в деле упорядочения родовспоможения в России». Журнал акушерства и женских болезней, т. X, 1898.

В известном труде основоположников лучших традиций земской медицины Осипова, Попова и Куркина — говорится следующее: «... нужно признать, что и в настоящее время положение этого дела (т. е. акушерской помощи—*М. Л.*) оставляет желать очень многого, но кажется приходится даже примириться с той мыслью, что вполне удовлетворительная постановка его может быть достигнута лишь с течением времени, при дальнейшем прогрессе земской медицины, когда все более и более будет увеличиваться число земских медицинских участков и уменьшаться их величина, когда земский врач еще ближе подвинется к народу, когда улучшится благосостояние народа и он будет иметь более досуга, когда, наконец, в его среде шире распространяется естественное жизненное воззрение» [1].

Если улучшить благосостояние народа и дать ему досуг было вне власти земских врачей, то ничто не мешало им, как-будто, «еще ближе подвинуться к народу» и способствовать распространению в нем «естественных жизненных воззрений», понимая эти туманные термины, как санитарно-просветительную работу среди населения и пропаганду преимуществ медицинской помощи при родах.

Но верное своей классовой природе, земство предпочитало сидеть и ждать, когда все это само собой образуется.

Организуя медицинскую помощь, земство в течение многих лет не имело никакого четкого плана своей работы. Даже разрозненные попытки разработки сети врачебных участков стали проявляться лишь в конце 80-х годов. Равным образом, далеко не сразу были сформулированы так называемые «основные принципы земской медицины». Что касается акушерской помощи, то по свидетельству А. Г. Архангельской [2] «на съездах земских врачей в разных губерниях много раз выдвигается вопрос об улучшении родовспомогательной помощи, вопрос этот горячо обсуждается, предлагаются те или другие меры, но в то

---

[1] **Осипов, Попов и Куркин.** «Русская земская медицина», 1889.

[2] **А. Г. Архангельская.** «К истории развития родовспоможения в земских губерниях». Журнал акушерства и женских болезней, т. III, 1898.

же время всеми сознается, что эти меры — только паллиативы, не способствующие удовлетворительному разрешению вопроса». В течение очень длительного периода не получил окончательного разрешения даже основной вопрос—о профиле работника, который непосредственно должен оказывать крестьянке родильную помощь.

В этом отношении царила полная разноголосица. За весь период существования земской медицины не установилось и е д и н о е мнение о типе сельской родильной помощи на селе — разъездной или стационарной, хотя большинство врачей склонялось к последней.

В первое время деятельности земств, несомненно существовало стремление, как мы уже говорили, разрешить этот вопрос не неся больших затрат. Тон в этом направлении давало Московское губернское земство. Разработанное им «предложение об устройстве земской врачебной части в Московской губернии» (§ 12) высказывается следующим образом:

«Известно, как много женщин в деревнях погибают от родов вследствие того, что местные повивальные бабки не умеют помогать родильницам, но даже неправильными своими действиями причиняют вред и часто смерть как матери, так и ребенку. Во избежание таковых несчастных случаев необходимо иметь образованную повивальную бабку, которая бы постоянно жила на участке и была известна крестьянам. При ней должна находиться одна женщина, выбранная из селений, состоящих на участке. Выбор этот должен быть обязательным для каждого селения или волости п о о ч е р е д и (разрядка наша — *М. Л.*). Избранная женщина остается 2 года у повивальной бабки, которая в продолжение этого времени обязана обучить ее, как действовать при родах. Она же может ухаживать за больными в сельской лечебнице. По истечении двухлетнего срока она отпускается в свое семейство, а на ее место поступает выбранная из других селений. Таким образом, через несколько лет каждое селение будет иметь свою повивальную бабку с практическими познаниями». Это мало обоснованное «предположение» нашло себе следующее оформление в § 9 «Инструкции для земских акушерок»: «желающих из крестьянских женщин повивальная бабка о б я з а н а (разрядка наша — *М. Л.*) обучать повивальному искусству».

В Инструкции по Серпуховскому уезду говорится: «п. 15... Узнавая от врача, сколько в участке простых деревенских повитух, они (повивальные бабки) научают их правильным приемам при родах; более благонадежным из повитух врач дозволяет практику, а другим совершенно запрещает»[1].

На тот же путь обязательного обучения повивальными бабками деревенских повитух или даже простых крестьянских женщин и девиц стали и очень многие другие уездные земства.

Так, в Инструкции земским врачам Юрьевского уезда Костромской губернии сказано (п. 12), что «врач должен наблюдать, чтобы повивальные бабки добросовестно и неуклонно исполняли свои обязанности, в важных случаях врачи должны позаботиться о распространении через ученых акушерок между деревенскими повитухами рациональных сведений о пособии при родах, об уходе за родильницей и ребенком и т. п. Равно обязывать акушерок знакомить на практике изъявивших желание выучиться повивальному делу» (разрядка наша — *М. Л.*)[2].

Петровское уездное собрание (Саратовской губ.) приняло следующее решение: «По мнению Управы в городе и уезде необходимо иметь... одну повивальную бабку преимущественно для обучения деревенских женщин повивальному искусству» (разрядка наша — *М. Л.*).

Уже в следующем 1867 году деятельность одной повивальной бабки на уезд найдена бесполезной и она была уволена, взамен ее ассигновано «пособие тем женщинам, которые изъявили желание учиться повивальному искусству при Саратовском родильном приюте»[3]. Что может сделать такая «выученица», даже окончившая курс в «приюте», если штатную должность дипломированной повивальной бабки решено упразднить?

В 1872 году уездное земское собрание принимает решение «... пригласить на каждый участок по акушерке...». В 1873 году этот пункт не был утвержден земством.

---

[1] Земско-Медицинский сборник, стр. 108.
[2] Там же, вып. III, стр. 106.
[3] Там же, вып. IV, стр. 65.

В 1878 году Земское собрание подтверждает решение «пригласить на каждый медицинский участок акушерку с жалованием в 300 рублей».

В пункте 24 «Положения о медицинской части Симбирского уездного земства (Симбирской губ.) сказано[1]: «при каждой уездной участковой больнице полагается иметь по 1 повивальной бабке, преимущественно из таких, которые получили диплом, а в случае невозможности приискать таковых, из лиц, имеющих большой навык вследствие долговременной практики» (разрядка наша — *М. Л.*). Ясно, что подобная оговорка едва ли стимулировала желание приискивать дипломированных и дорого стоящих акушерок, когда под рукой имелось достаточно бабок, имевших практические навыки и которые обходились очень дешево.

В Орловском уезде Вятской губернии Земское собрание III сессии (1869 г.) постановило, чтобы «каждая бабка обучала повивальному искусству по одной женщине или девице из каждой волости ее участка. Вместе с тем поручено управе озаботиться принимать женщин для обучения при родильных отделениях губернской больницы на земский счет...». В 1871 году «мера обучения крестьянок у повивальных бабок признана нецелесообразной, и решено иметь учениц только при родильных отделениях».

Любопытно познакомиться с практикой подготовки акушерского персонала Демьянским уездным земством Новгородской губернии[2]. Когда губернское земство обучало для уездов повитух на свой счет, то Демьянское уездное земство ходатайствовало об освобождении его даже от расходов на отправку повитух и в 1870 году заявило, что вообще отправлять девиц в родовспомогательное заведение бесполезно. А между тем в 1871 году оно ассигновало какой-то акушерке Вишневской 300 рублей награды и на 1872 год ассигнует ей жалование 200 рублей с тем, чтобы она учила акушерству женщин. В 1873 году ассигнуется сумма на отправку трех девиц в родовспомогательное заведение и решено в то же время нанять двух, уже имеющихся повитух за 36 рублей в год каждую . Собрание определило в 1875 году платить пови-

[1] Земско-Медицинский сборник, вып., IV, стр. 65.
[2] Там же, вып. VI, стр. 87.

тухам, кроме этого жалованья, еще по 50 копеек за каждого принятого младенца и признало ненужным обучение новых повитух, несмотря на то, что всего их было в уезде 5, а в 1876 году — 6.

Как плачевно было дело с акушерской помощью, видно из констатации Старо-Русского уездного земства той же Новгородской губернии [1]. В §§ 4 и 5 отчета мы читаем: «дело родовспоможения поставлено неудовлетворительно, повивальных бабок вовсе нет. В продолжение нескольких лет было 8 фельдшериц-акушерок, но собрание 1887 года нашло более удобным иметь фельдшеров...». В настоящее время (1892 год) имеется только одна фельдшерица-акушерка при Городской больнице. В уезде 4 повитухи из крестьянских девиц, получающих от земств по два рубля в месяц и по одному рублю за каждого принятого младенца.

В. Б. Веселовский, посвятивший пару страниц в своей «Истории земства за 40 лет» вопросу о родовспоможении в земских губерниях, пишет, что при губернских больницах, а также при многих больницах в уездных городах имеются родильные отделения, состоящие иногда в ведении женщин-врачей («например, в Екатеринбурге») — «но сельское население ими почти совсем не пользуется» (разрядка наша — *М. Л.*).

Что касается собственно уездов, то там было в 1877 году всего 480 акушерских пунктов для разъездной помощи, причем в 184 уездах не было ни одного пункта; в 49 — по одному; в 37 — по два; в 51 — по три; в 16 — по четыре; в 5 — по восемь; более 5 акушерских пунктов было всего в 14 уездах.

К 1890 году число их уменьшилось до 242, в 1893 году их стало 402. При этом в 264 уездах не было ни одного акушерского пункта [2].

В. Б. Веселовский делает заключение: «мы видим, как случайно было существование акушерских пунктов в земствах; какая-либо система в развитии акушерской помощи отсутствует. В самом деле, лишь немногие земства планомерно расширяли эту помощь (например, Вологодское, Новгородское, Харьковское, отчасти

---

[1] Земско-Медицинский сборник, вып. VI, стр. 87.

[2] В. Б. Веселовский. «История земства за 40 лет», стр. 411.

Олонецкое), большинство же то бралось за устройство акушерских пунктов, то охладевало к этому делу и упраздняло все пункты»[1].

Из этого ясно видно, что погоня за дешевизной была главным мотивом для насаждения повитушества в уезде. До какого упрощенчества можно дойти в погоне за сокращением расходов во что бы то ни стало, показывает пример Старо-Русского уезда, который мы считаем полезным привести. В 1880 году уездная земская управа, произведя «сравнительную оценку деятельности земских врачей и фельдшериц», пришла к заключению, что «деятельность врачей еще не принесла ощутительной пользы (это в 1880 году — *М. Л.),* между тем как содержание их обходится земству слишком дорого. А потому Управа предлагает две из существующих четырех врачебных должностей сократить; кроме того сократить 4 должности фельдшеров (из существующих 16) и заменить их четырьмя фельдшерицами. Правда, уездное земское собрание отвергло в 1881 году это предложение, но уже в 1882 году постановило: «в случае добровольного выхода кого-либо из врачей, другого не приглашать, а заменить его тремя фельдшерицами». Удивляться ли тому, что после такого постановления к концу 1883 года осталось всего 2 врача, после чего земское собрание сделало следующий решительный шаг по пути «прогресса» земской медицины: уездную врачебную амбулаторию упразднить, обоих врачей поселить в городе для заведывания городской больницей по очереди; уезд разделить на 2 участка с тем, чтобы врачи в свободное от занятий время объезжали свой участок для надзора за низшим персоналом».

В Тихвинском уездном земстве тот же Новгородской губернии еще в 1869 году, вследствие заявления гласных из крестьян, что «пользы от докторов никакой не видно», собрание постановило: «вместо 3 врачей оставить одного и 6 фельдшеров. В 1876 году, вследствие заявления самих врачей о том, что они, живя в уезде, не приносят никакой пользы населению, собрание постановило: оставить одного врача для уезда

[1] В. В. Веселовский. «История земств за 40 лет», стр. 412.

(4 участка) с местожительством в городе, обязав его объезжать один раз в 2 месяца пункты для контроля фельдшеров и приема амбулаторных».

Таким образом, в целом ряде уездных земств в разных губерниях вплоть до 1892 года можно отметить стремление разрешить вопрос об акушерках по принципу «числом поболее, ценою подешевле», совершенно игнорируя качество родильной помощи.

Передовые земские врачи не могли пройти мимо этого явления и оставаться равнодушными к большому вреду, который наносили повитухи крестьянкам. На съездах земских врачей выдвигается вопрос об учреждении в селениях самостоятельных акушерских пунктов с обученной повивальной бабкой. В некоторых губернских земских больницах учреждаются школы для подготовки таких бабок. Вскоре, однако, выяснилось, что деятельность последних не соответствует земским затратам на них. При незначительном числе проводимых ими родовспоможений стоимость каждого случая оказания помощи роженицам обходилась земству от 15 до 50 рублей.

Так, в 1880—1882 гг. земские участковые акушерки призывались в течение года на роды средним числом: в Курской губернии — 13 раз; в Воронежской — 16; в Тверской — 22; в Рязанской — 27; в С.-Петербургской — 33; в Пермской — 35; в Вятской — 39 и в Московской — 47 раз. А ведь эти губернии считались в числе передовых. К этому следует прибавить, что «по меньшей мере 3/4 приглашенных земских акушерок (т. е. вызовов — *М. Л.*) относились не к крестьянскому населению, а к более достаточным и культурным классам» (М. Я. Капустин). Объясняется это тем, что крестьянское население, в силу своей отсталости, неохотно обращалось к ученым повивальным бабкам, так как в случаях правильных родов привыкло обходиться повитухами. Роженицы болели калечились, умирали, но «к этому все привыкли и покорно переносили, считая, что это в порядке вещей, и не подозревая, что может быть иначе»[1]. В случаях тя-

[1] **А. Г. Архангельская.** «К истории развития родовспоможения в земских губерниях», Журнал акушерства и женских болезней, т. XII, 1898.

желых родов ученые бабки тоже были бесполезны, так как должны были вызывать врача и только оттягивали время вызова. Приглашение повивальной бабки не исключало необходимости вызова также и повитухи для исполнения черной работы при роженице и членах ее семьи. Повивальные бабки не пользовались при ведении родов приемами, к которым население привыкло в практике повитух, а потому население относилось к акушеркам недоверчиво. Таким образом, повивальные бабки «не привились», оказались для земств экономически не рентабельными. В связи с этим многие акушерские пункты были упразднены и наступил период переключения получивших подготовку повивальных бабок на оспопрививание и на работу в больницах, в аптеках, кастеляншами, сестрами милосердия, на помощь фельдшерам и фельдшерицам и т. п.

Следующим этапом была подготовка повивальных бабок специально для села — сельских повитух (или повивальных бабок II разряда) с годичным курсом обучения.

Но и эта мера себя не оправдала, так как такая повивальная бабка, получив диплом, уже отрывалась от своей среды и стремилась в город хоть на какую-нибудь работу. Впоследствии закон предоставил акушерке II разряда право повсеместной практики, в результате чего произошел отлив их из деревни и массовое переселение в города, куда их влекли «и более благоприятные условия практики и более заманчивые условия городской жизни» (Д. Отт). Деревня еще более оскудела. Вместе с тем акушерки тяготились той черной домашней работой, за которую население особенно ценило повитух. На практике оказалась, что и этот тип повивальной бабки для села обходится земству слишком дорого.

Тогда решено было обратиться к фельдшерицам. Они работали в самых глухих деревнях, сельское население к ним привыкло, обращалось к ним в случае болезни, а потому охотно вызывало их и на акушерскую практику.

«Такая постановка дела наиболее удовлетворяла земства — родильная помощь обходилась почти без за-

трат... оказывалась как бы мимоходом»[1]. Спрос на фельдшериц начинает возрастать — они начинают заменять акушерок и фельдшеров на самостоятельных фельдшерских пунктах и даже вытеснять врачей на врачебных пунктах, как мы видели выше. Земства начинают усиленно открывать школы для фельдшериц. Но и эта мера не дала сколько-нибудь значительных сдвигов в практическом развитии сельского родовспоможения, так как земства могли иметь по своим средствам от 3 до 5 фельдшериц на уезд с большими радиусами обслуживания — от 15 до 50 верст.

Наряду с этим, искание желаемого «профиля» сельской повивальной бабки пошло в сторону упрощения, снижения требований как к их общеобразовательной подготовке, так и к профессиональным обязанностям.

Все предложения этого рода базировались на «строго научных основаниях», диктуемых будто бы современными требованиями асептического ведения родов. Руководящим сделался тот принцип, что «помогающая при родах особа должна главным образом уметь не вмешиваться в ход родов».

С вопросом о профиле сельской акушерки земства и земские врачи, руководимые пироговскими съездами — окончательно запутались, хотя существует одно ясное и вразумительное решение: акушерскую помощь могут и должны оказывать только подготовленные к этому лица. Будут ли это акушерки I или II разряда или медицинские работники, прошедшие кратковременную подготовку, — вопрос относительно второстепенный. Важно одно: акушерская помощь никоим образом не может быть доверена «натасканным» на самых разнотипных кратковременных курсах при больницах женщинам из местных крестьянок, от которых, кроме «грамотности», ничего не требовалось. Для того, чтобы повивальная бабка могла действительно помогать при физиологических родах, а не только стоять «около родов», она должна хорошо освоить важнейшие теоре-

---

[1] А. Г. Архангельская. «К истории развития родовспоможения в земских губерниях». Журнал акушерства и женских болезней, т. XII, 1898.

тические основы научного акушерства, уметь отличать правильное течение родов от патологического. Для этого недостаточно элементарной «грамотности», а больше этого от местных крестьянок и нельзя было ожидать.

Нельзя было в то время как правило, повсеместно ориентироваться на дипломированную акушерку не только I, но даже и II разряда, за их недостатком. Следовательно, поневоле приходилось ограничить требования подготовкой повивальных бабок на краткосрочных курсах.

В качестве минимального можно было принять восьмимесячный срок обучения. На эту почву и встал проф. Д. О. Отт на VII Пироговском съезде.

Д. О. Отт ограничивает свои требования к общей подготовке курсанток «грамотностью». Этого, конечно, недостаточно, общеобразовательный стаж в объеме курса хотя бы низшей школы — обязательное условие для усвоения теоретических основ акушерства.

Таким путем можно было бы создать контингент повивальных бабок для села, более или менее удовлетворительно подготовленных к предстоящей им деятельности. Обучение следовало сосредоточить только в наиболее мощных повивальных школах, существовавших при крупных родовспомогательных учреждениях, никоим образом не распыляя его по мелким точкам, деятельность которых мало доступна компетентному контролю.

Повивальные бабки этого типа были бы способны разрешить в процессе своей прямой работы и вторую важнейшую задачу: приучить население к медицинской помощи при родах, перевоспитать его в духе развития потребности в этом виде помощи. Это было бы сильнейшим стимулом для реального развития родовспоможения в земских губерниях — хотя бы в менее совершенном его виде — «помощи на дому». Постепенно, в зависимости от местных конкретных условий и возможностей, помощь на дому можно было бы частично перевести на стационарную.

В связи с этим небесполезно вспомнить соображения М. Я. Капустина, профессора гигиены Казанского университета, одного из наиболее крупных авторитетов в области земской медицины, безоговорочно осуждаю-

щего разъездную систему для подачи акушерской помощи [1].

«Роды, в громадном большинстве случаев, есть такой физиологический акт, где помощь со стороны должна быть чисто пассивною, с соблюдением лишь разумных гигиенических мер и с устранением вредных обычаев и суеверий...».

«Неуспех земских акушерок объясняется именно тем, что они поставили себя слишком высоко, встали во враждебные отношения с деревенскими бабушками и деятельность свою развивали преимущественно среди меньшинства населения».

Выводы, к которым приходит М. Я. Капустин, следующие.

1. «Деятельность земских акушерок в помощи при родах ничтожно мала и не развивается соответственно другим сторонам земской медицинской деятельности. При разъездной системе, при отсутствии больниц и господстве фельдшеризма, земские акушерки представляют персонал бесполезный».

2. «Самостоятельное врачевание этих (женских — *М. Л.*) болезней равно как и диагноз болезней, без проверки его врачом, не могут быть поручены акушеркам».

3. «Наиболее полезны для земства могут быть акушерки-фельдшерицы, работающие при врачах. Относительно полезным персоналом земские акушерки могут быть в том случае, когда они в то же время занимаются оспопрививанием».

4. «Рациональную помощь при родах в крестьянской среде можно успешно проводить только при посредстве исторически сложившегося, готового института деревенских «бабушек», которые, при разумном и гуманном обращении с ними могут быть союзницами врачей и акушерок».

В энциклопедическом словаре Брокгауза-Эфрона М. Я. Капустин высказывается еще более откровенно: «правильный образ действий, повидимому, состоит в том, чтобы не р а з р у ш а т ь п о с п е ш н о в е к а м и с л о ж и в ш и х с я о б ы ч а е в, а с т а р а т ь с я в и д о и з м е н и т ь и х в желаемом направлении (раз-

[1] М. Я. Капустин «Основные вопросы земской медицины». СПб. 1889.

рядка наша — *М. Л.*). Врач, приобретающий доверие всего населения, приобретает его и со стороны сельских повитух. Его умение сойтись с ними, приглашение их на роды, совершающиеся под контролем врача, сохранение за ними всех их ничтожных доходов и оставление в силе всех безвредных обрядов при родах (разрядка наша — *М. Л.*). Все это постепенно, но верно может видоизменить обычные приемы акушерской помощи».

Итак, вместо борьбы с невежественными деревенскими «бабушками» посредством внедрения в село квалифицированной родильной помощи, М. Я. Капустин на исходе четвертого десятилетия существования земской медицины не находит лучшего решения вопроса о сельском родовспоможении, как призыв врачей и акушерок опуститься до уровня этих «бабушек», сделать их своими союзницами. Удивляться ли такому заблуждению со стороны профессора-гигиениста, если его проповедывали с кафедры пироговских съездов такие «светила» акушерской науки, как Рейн, Сутугин и другие. Недаром М. Я. Капустин пишет, со ссылкой на речь проф. Рейна на III Пироговском съезде в 1889 году: «Нам приятно констатировать, что высказанное здесь находит себе весьма компетентное подтверждение...».

М. Я. Капустин и разделяющие его точку зрения лица не отдают себе отчета в том, что за их ошибки будут расплачиваться несчастные роженицы.

Одной из существенных причин, мешавшей организации родильной помощи сельскому населению, было недоверие земских врачей к персоналу, который по существу дела был их главным помощником в этом деле, т. е. к акушеркам. Дело доходило до того, что на пироговских съездах выдвигались предложения об ограничении их профессиональных прав в области родовспоможения. Так, например, на III съезде 1889 года врач С. Ю. Хазан (из Гродно) выступил с докладом «О необходимости исключить из деятельности акушерок ведение нормального послеродового «периода». Доклад этот был полностью опубликован в третьем томе «Журнала акушерства и женских болезней» — органа С.-Петербургского акушерско-гинекологического общества. Это лишен-

ное всякого здравого смысла предложение исходило из надуманных псевдонаучных предпосылок.

Отправным пунктом С. Ю. Хазана являлось положение, что «удовлетворительного преобразования всего сословия акушерок можно ожидать только в далеком будущем» — отсюда делается вывод, что «особенного внимания должна заслужить всякого рода мера, которая, при существующем уровне умственного развития акушерок (sic! — *М. Л.*) и при настоящем их образовательном цензе, могла бы редуцировать до минимума причиняемое ими зло» [1]. Эта мера состоит в том, чтобы лишить их права ведения нормального послеродового периода.

С. Ю. Хазану не приходит даже в голову мысль, что к разрешению этого вопроса можно подойти проще и радикальнее, повысив уровень знаний и подготовку акушерок, чем, проповедуя своеобразную теорию «непротивления злу», отодвигать эту задачу в «далекое будущее». Не понимает он и того, что за качество подготовки средних медицинских кадров отвечают в первую очередь врачи, не имеющие морального права создавать в лице акушерок неполноценного профессионального работника. Вместо этого выдвигается поистине абсурдное предложение — ибо на практике нельзя исключить из деятельности акушерок ведения нормального послеродового периода.

Самое любопытное в этом деле то, что пироговские съезды, призванные к «научно-практической разработке врачебных вопросов», уделяли внимание обсуждению подобных кустарных докладов, а научный журнал распространял эти так называемые «теории» среди широких масс врачей. Впрочем, следует заметить, что перед той же широкой аудиторией выступил с аналогичным (по отсутствию здравого смысла) предложением доцент И. И. Смольский, один из трех редакторов «Журнала акушерства и женских болезней»: «О необходимости запретить акушеркам употреблять спорынью в родах».

Каковы же были реальные пути и возможности для улучшения организации родильной помощи даже в условиях самодержавно-бюрократического гнета?

Для этого нужно было прежде всего отказаться от бесплодной фразеологии пироговских съездов и от неосу-

---

[1] Журнал акушерства и женских болезней, т. III, стр. 552, 1889.

шествимого требования, чтобы родильная помощь была обязательно и везде только больничная и врачебная.

Следует заметить, что ни одно из земств, не исключая самых мощных и богатых, не могло организовать исключительно госпитальную и врачебную родильную помощь; помощь на дому — разъездная — была неизбежным дополнительным элементом рациональной организации сельского родовспоможения.

Внедрение разъездной акушерской помощи было необходимо прежде всего для того, чтобы вырвать крестьянских женщин из рук бабок, ибо помочь можно было не гуманными словами и пространными декларациями на совещаниях и съездах — а только действиями.

Было ли такое решение вопроса по силам земской медицинской организации? На это можно ответить утвердительно, так как оно было по силам — одним земствам в большей, другим в меньшей степени. Самые скромные мероприятия в этом направлении сдвинули бы дело с мертвой точки и в результате наиболее отсталые земства не пришли бы в 1907—1908 гг. с такими позорными показателями как 0,5% охват стационарной родильной помощью (земства Тамбовское, Херсонское, Черниговское) или 0,6% (Нижегородское), 0,7% (Курское) и т. д.[1].

К вопросу об упорядочении родильной помощи сельскому населению Пироговское общество возвращается на VII Пироговском съезде, состоявшемся в Казани в 1899 году. Программный доклад по этому вопросу был представлен проф. Д. О. Оттом под названием «Проект организации акушерской помощи среди сельского населения». Доклад был зачитан Н. И. Рачинским, так как Д. О. Отт не присутствовал на съезде. История возникновения доклада такова: на VI Киевском съезде 1896 года, в связи с обсуждением вопроса о медицине в неземских губерниях по докладу Левицкого, Аншелеса и других. Д. О. Отт предлагает съезду устроить при Клиническом повивальном институте в Петербурге (который он возглавлял) постоянное бюро для собирания материалов об улучшении повивального дела в России. Предложение было принято съездом и доклад назначен на VII съезде.

Зная свою аудиторию, Д. О. Отт начинает свой до-

---

[1] См. доклад Л. И. Бубличенко, стр. 202 (таблица).

клад с признания, что рациональная акушерская помощь должна находиться исключительно в ведении врачей и под их контролем. «Весь же низший персонал — фельдшерицы, акушерки и т. п. всецело должны быть им подчинены, являясь только помощниками и исполнителями предписаний и назначений врача». Каждый уезд должен быть разбит на участки с радиусами «не более 10—12 верст», иметь своего врача «основательно знакомого с акушерством», а также достаточное число повивальных бабок в селах. Крайне желательно, чтобы в большинстве участков был, если не самостоятельный родильный приют, то «по крайней мере родильное отделение при больницах». Далее Д. О. Отт переходит к второй части доклада, т. е. к сущности своего проекта: «...что касается подавляющего большинства всех остальных земств, а тем паче наших необъятных окраин, Сибири и азиатских владений, то можно безошибочно утверждать, что пройдет не один десяток лет, прежде чем организация акушерской помощи, подобно описанной, будет осуществлена, и дело рационального родовспоможения еще надолго будет лишено разумных основ».

Исходя из этого, Д. О. Отт считает возможным провести «всякое иное разумное мероприятие», хотя бы устраняющее изложенное нежелательное положение вещей и не только не противоречащее задуманному идеалу, но составляющее как бы часть предположенной организации. «... Нужно ли отказаться от введения части, если невозможно сразу в полной же мере осуществить идеальную организацию (разрядка наша — *М. Л.*), которая еще очень долгое время будет не под силу нашим земствам».

На основании этих соображений Д. О. Отт разработал свой проект организации родильной помощи на селе, который был опубликован в газете «Врач» для «плебисцита». В пользу проекта поступило 105 ответов, против него — 46; 10 ответов имели неопределенный характер.

Сущность предложения Д. О. Отта сводилась к образованию контингента сельских повивальных бабок, прошедших подготовку при Повивально-гинекологическом институте в течение 8—9 месяцев. От поступающих никакого образования, кроме грамотности, не требуется.

Земства командируют стипендиаток, ежегодно по несколько человек, из местностей, наименее обеспеченных акушерской помощью, под непременным условием возвращения их на прежнее место жительства.

В настоящее время трудно понять то возмущение, которое вызвал проект Д. О. Отта, в сущности говоря воспроизводящий в оформленном — но в более откровенном виде предложения В. В. Сутугина и Г. Е. Рейна и составляющий предел того, чего на практике могла достигнуть медицина в то время.

Предложение Д. О. Отта вызвало не только резкую «отповедь» на съезде, но и нашло себе отклик в прессе. Приведем некоторые из отзывов. Д. Е. Горохов [1] говорит, что предложение Д. О. Отта «ставит все вверх дном: уже не пройдет луч света в нашу деревню, награжденную этим проектом кадрами невежественных повитух». Сельские «бабушки» принесут, по мнению Горохова, меньше вреда, чем полузнайки — повитухи Отта, прошедшие за 8 месяцев курс анатомии, акушерства и женских болезней. «Эти повитухи, органически неспособные понять вредоносность микробов, будут самостоятельно и усердно производить гинекологическое исследование несчастной роженицы». К тому же они обойдутся земству дороже, чем «постепенное развитие разумной акушерской помощи, под непосредственным контролем врача». По мнению П. Кудрявцевой, проект Д. О. Отта «не удовлетворяет минимальным требованиям, какие предъявляют к докладам, претендующим на научное значение, а тем более перед таким компетентным съездом...». Реализация проекта Д. О. Отта невозможна «по его явной несостоятельности» («мертворожденный проект»). Изучение вопроса земскими врачами показало, что вопрос об организации сельскому населению акушерской помощи не может быть разрешен без связи с вопросом об организации вообще врачебной помощи населению, что с развитием последней в качественном и количественном отношении он «разрешится сам собой» путем придачи каждому врачебному пункту «дополнительного звена — родильного приюта».

А. И. Шингарев [2] в своем отчете о съезде говорит,

---

[1] Медицинская беседа № 11, 1899.

[2] А. И. Шингарев. «Отчет о VII съезде», Медицинская беседа, № 11, стр. 509, 1899.

что проект Д. О. Отта был признан «...идущим в разрез со всем направлением земской медицины, не удовлетворяющим даже этическим требованиям, ибо предполагается закрепощение в деревне сельских повитух, предлагается бедному селу помощь безграмотной повитухи, негодный суррогат, недопустимый для зажиточного города, делит род человеческий... на людей белой и черной кости, на барынь и баб».

В. Важнов (земский врач Егорьевского уезда, Московской губ.), подвергая критике проект Д. О. Отта, держится несколько иной точки зрения. Он считает, что причиной малой обращаемости крестьянок к дипломированным акушеркам является недоверие крестьянства вообще «ко всему, что не из его среды; причины эти при любовном и терпеливом отношении к делу в значительной степени ослабевают». Не менее важное значение В. Важнов придает и перегрузке фельдшериц-акушерок посторонними обязанностями по больнице. «Эта масса фельдшерской работы убивает в акушерке ее акушерскую самодеятельность». Мы полностью разделяем точку зрения, высказанную В. Важновым около 50 лет назад и не сомневаемся в том, что он имел единомышленников среди земских врачей. Победить недоверие крестьян к акушерской помощи можно было только путем терпеливого и любовного разъяснения и показа им преимуществ этой помощи в практике самой работы, а для этого надо было уделить ей полное внимание, на что фельдшерицы-акушерки не имели достаточно времени.

«Сами бабки — продолжает В. Важнов — всеми силами противились деятельности акушерок в крестьянской среде, так как повитие приносит им порядочный доход, и конечно один-два неудачных случая у акушерки или врача создают почву» для противодействия с их стороны внедрению акушерок в сельскую практику.

«Как бы ни развивалась земская медицина вообще, как бы часто ни было врачебное участие, как бы ни была совершенна организация земской медицины в данной местности, отрасли родовспоможения всегда будет нужно столь большое количество рук, какого далеко не требуют все остальные отрасли вместе». Не видит возможности В. Важнов удовлетворить деревню полностью и стационарной помощью, так как для этого потребовалось бы

слишком много родильных приютов — для одного Егорьевского уезда их понадобилось бы не менее 50.

Поэтому В. Важнов является сторонником сельских повитух, получивших кратковременную подготовку — в течение одного года. Расходится он с Д. О. Оттом, как мы видим, не в принципе, а в сроке обучения. Он не голословен в своем мнении, а ссылается на благоприятный опыт с этим типом работников, высказанный на ряде съездов земских врачей: на втором Вятском, пятом Владимирском, шестом Новгородском, Полтавском, Олонецком и других.

В Вятской губернии с 1874 по 1890 год окончили обучение 32 повитухи, в Тамбовской — с 1870 по 1890 год — 45, в Пензенской с 1868 по 1890 год — 117 и т. д.

Были и неудачи: так, в Саратовской губернии каждый уезд должен был прислать по две крестьянски в школу при родильном приюте. Но прислало только Камышинское земство, и через три года школа была закрыта. В Тверской губернии всякие попытки были оставлены «за отсутствием заявлений со стороны уездных земств о желании поместить учениц». В Подольском уезде Московской губернии в течение двух лет не оказалось крестьянок, желающих обучаться повивальному делу на земские средства и т. д.

О чем говорят эти неудачи? Только о том, что в конечном счете дело решают люди; успех его зависит от того, имеется ли надлежащий человек на надлежащем месте, умеет ли он, а главное стремиться ли он к тому, чтобы решить вопрос по-государственному или предоставляет его «самотеку».

Поэтому В. Важнов совершенно прав, когда говорит, что нельзя даже сказать, что сельские (обученные) повитухи отжили свой век — по существу они и не были вызваны к жизни: «с этой стороны я никак не вижу, чтобы предложение проф. Отта имело что-нибудь против себя».

Еще более интересна и поучительна в этом отношении статья А. П. Артемьева: «Участие и роль земства в деле упорядочения родовспоможения в России [1]».

Автор статьи не согласен с концепцией А. Г. Архангельской, по мнению которой фельдшерицы-акушерки

[1] Журнал акушерства и женских болезней, т. X, стр 1133 и след., 1898.

не только удовлетворяли земства, так как родильная помощь при такой постановке обходилась почти без затрат, но отвечали также требованиям народа, приобрели его симпатию, вследствие чего их стали охотно звать на акушерскую практику. Напротив, он категорически утверждает, что ни одно из народных требований, предъявляемых народом к ним, фактически не исполнялось фельдшерицами-акушерками.

«Положим — говорит он — подобная система родовспоможения могла прийтись по вкусу лишь расчетливому земству, но почему же населению полюбились фельдшерицы-акушерки, оказывающие ему акушерскую помощь мимоходом»? (По утверждению А. Г. Архангельской).

На деле такой любви населения к фельдешерицам-акушеркам и не могло существовать: «из многих статей, рассеянных в периодической прессе, эти ожидания (т. е. ожидания населения — *М. Л.*) сводятся к тому, чтобы повивальная бабка, помимо своей профессиональной обязанности, исполняла крестьянские черные работы, умела говорить с населением их собственным языком и знала в совершенстве деревенский домашний обиход».

Мотив их требований единственный, он продиктован населению повитухами, а так как эта добровольная натуральная повинность повитух пришлась по вкусу как мужу роженицы, так главным образом всем ее снохам, невесткам, золовкам и другим родным, на обязанности которых лежит долг исполнять различные требы по хозяйству во время родов и послеродового состояния, то этот порядок вещей и пустил глубокие корни. Эти требования признаются законными потому, что они «приходятся на руку земству и уменьшают его денежные траты на санитарную часть».

А. П. Артемьев считает такой порядок вещей ненормальным: «подобная натуральная повинность повивальных бабок не должна быть принимаема во внимание при устройстве дела родовспоможения, а напротив того следует показать населению, что требования его неосновательны, эгоистичны и совершенно идут в разрез с требованиями соблюдения опрятности от ухаживающего при родах персонала... Наконец, почему же эти ожидания населения не служат тормозом при устройстве сельско-вра-

чебной части вообще и при открытии земских лечебниц в частности, а предъявляются населением только к повивальным бабкам и родильным приютам?». В самом деле, никому не придет даже и в голову возможность потребовать, чтобы фельдшер, сделавший перевязку крестьянину, хотя бы по поводу перелома ноги (пример А. П. Артемьева), заменил его на молотьбе, косьбе и т. д.

«Закон 1864 года, возложивший на земские учреждения попечение о народном здравии, предоставил полную возможность земским деятелям обратить внимание на целесообразное устройство родовспоможения...» «...Земство в этом отношении не выполнило своей миссии (разрядка наша — *М. Л.*), и родовспоможение как в земских, так и в неземских губерниях находится на равной степени организации».

«Земство, — продолжает А. П. Артемьев, — приняв в свое ведение попечение о народном здравии в продолжение без малого 35 лет, почти ничего не создало касательно упорядочения дела родовспоможения в губерниях России, т. е. такого дела, которое в особенности должно было влиять на уменьшение общей болезненности и смертности...» (разрядка наша — *М. Л.*).

«Все попытки различных земств создать что-либо в целях упорядочения родовспоможения выражались лишь в тех или других бесплодных начинаниях... пока, наконец, земство не остановилось на дешевизне и на оказании акушерской помощи как-бы «мимоходом». Бесплодность попыток обособить родовспоможение и развить его независимо от прочей земской медицины не доказана, говорит А. П. Артемьев, ибо «обособление на практике еще не было осуществлено ни в одной губернии России... А раз, в продолжение 35-летней деятельности земских учреждений в России, дело родовспоможения было в загоне, то по всей вероятности, оно останется в том же положении и впредь».

Трудно дать более обстоятельный и глубокий анализ состояния сельского родовспоможения, вскрытия истинных причин косности земств и земских врачей в этой отрасли земской медицины и указать на единственно правильный путь, чтобы вывести родовспоможение из

тупика — чем это делает А. П. Артемьев в журнальной статье.

Но его трезвый голос, как и голос В. Важнова, не доходил до высот, на которых продолжали пребывать вершители судеб земской медицины.

Секция акушерства и гинекологии VII Пироговского съезда после бурных прений постановила «отклонить проект проф. Отта, в виду его противоречия основным задачам земско-медицинской организации». Выступивший с докладом от имени Д. О. Отта проф. Н. И. Рачинский заметил, что стремление автора доклада состояло в том, чтобы собрание перешло, наконец, из области теоретических предложений на почву практического их осуществления, на почву практической работы. «Отклоняя данное предложение — продолжает Рачинский — собрание тем не менее не предлагает ни одного нового проекта и зло остается в полной силе попрежнему». Со справедливостью этого замечания нельзя не согласиться, так как по тому времени проект представляет собой — единственно разумное и реально осуществимое решение вопроса.

Постановления VII Пироговского съезда не имели под собой основания, особенно если принять во внимание, что на съездах земских врачей (не исключая московских губернских) высказывались самые пессимистические мнения и взгляды на состояние перспективы организации родильной помощи сельскому населению.

Эти печальные итоги были подведены никем иным, как тем же Г. Е. Рейном на IX Пироговском съезде, происходившем в Петербурге в 1904 году, когда вопрос о родовспоможении снова был поставлен во весь свой рост в качестве программного, под названием: «Организация подачи помощи при родах в городском и сельском населении России (ее современное состояние и желательные изменения в будущем)».

Этой проблеме было посвящено пять докладов, освещавших с разных сторон состояние родовспоможения в городах и сельских местностях как в земских, так и неземских губерниях и прочих областях империи. Они были заслушаны на соединенном заседании отделов акушерства, женских болезней и общественной медицины. Шестой доклад («Родовспоможение в России»), подводивший итоги всему материалу, разработанному по указани-

ям и под непосредственным руководством Г. Е. Рейна, был сделан им самим. Этот доклад вошел в историю родовспоможения в России и сделался впоследствии отправным пунктом, от которого исходят все исследования о состоянии этого дела в нашей стране.

Вопросу о сельском родовспоможении в земствах был посвящен доклад В. К. Бокадорова («Организация акушерской помощи сельскому населению в земских губерниях по отчетам съездов земских врачей»).

На основании тщательного анализа материала, иллюстрированного многочисленными диаграммами, картами и цифровыми данными, В. К. Бокадоров приходил к выводу, что дело акушерской помощи находится и по настоящее время (т. е. в 1902 г., к которому относится собранный материал) далеко не в удовлетворительном состоянии и является как бы забытой отраслью земской медицинской организации.

Согласно заявлению одного из членов съезда «...врач приезжает тогда, когда не только невозможно оказать какую-либо помощь, но когда помощь излишня за смертью роженицы».

Таково было состояние родильной помощи в земских губерниях. В губерниях неземских и прочих областях царской России положение было еще хуже.

Всего в империи, по данным заключительного доклада Г. Е. Рейна имеется около 9 000 повивальных бабок, из них около 6 000 живут в городах, а около 3 000 в селах по всей громадной территории России, из них 1640 в земских губерниях.

В конечном итоге Г. Е. Рейн приходит к выводу о необходимости подготовить, примерно, до 60 000 человек «вспомогательного медицинского персонала» и притом, главным образом для сел.

По вопросу о том, каких бабок нужно подготовлять, Г. Е. Рейн высказывается за повивальных бабок второго разряда, ссылаясь при этом на В. В. Сутугина и Д. О. Отта. Мотивирует он свою точку зрения тем, что при родах вовсе не требуется иметь какого-либо медицинского персонала, а на современных бабок нужно смотреть как на персонал санитарный (разрядка наша — *М. Л.*). Такая мысль в устах крупного ученого, врача-

специалиста, высказанная с кафедры съезда, к которому прислушивалась вся страна, была только на руку реакционным земцам, которым ничего не стоило от акушерки второго разряда спуститься еще на ступеньку ниже — до простой повитухи.

Выступавшие в прениях не поддержали, однако, Г. Е. Рейна и решительно высказались против учреждения института повивальных бабок упрощенного типа, так как «население нуждается в настоящей как врачебной, так и акушерской помощи. Всякие «суррогаты» вредны, ибо важна не только помощь при родах, а «главным образом» культурное воздействие на население в смысле внушения ему здравых понятий о родах».

По мнению делегата съезда Какушкина, в основу борьбы с акушерской беспомощностью должно быть положено: 1) распространение на всю Россию земских учреждений с широким представительством от всего населения; 2) уничтожение обособленности сельского населения дарованием ему прав, одинаковых с другими сословиями русского народа.

Из этих высказываний видно, как далеки были их авторы от действительной жизни, от фактов, как увлечение громкими фразами (по тому времени) мешало им приблизиться к практическому разрешению вопроса.

Из доклада М. А. Колосова [1], сделанного в заседании Московского акушерско-гинекологического общества, видно, как медленно и туго продвигалось решение вопроса об организации родовспоможения даже в Московском губернском земстве, которое считалось передовым.

В 1876 году состоялся I съезд врачей Московского земства. По вопросу о родовспоможении на съезде было высказано следующее суждение: «причина малой практики акушерок между крестьянками заключается, главным образом в том, что крестьянки желают иметь в акушерке в то же время и прислугу, которая не только ухаживала бы за родильницей, но и сбегала бы на речку вымыть пеленки или вымыла бы пол и проч., чего акушерка, разумеется, не делает». На этом съезде доктор Песков, имеющий не малые заслуги в деле орга-

[1] М. А. Колосов. «Родовспоможение в Московской губернии» (вышла отдельной брошюрой).

низации земской медицины, сделал доклад «о необходимости приготовления сведущих сельских повитух» «за счет подготовки крестьянок в городских родовспомогательных учреждениях). Съезд постановил: а) приготовление сведущих сельских повитух несомненно полезно; б) желательно, чтобы земства озаботились приготовлением повитух за свой счет, но чтобы потом определенного жалованья им не полагалось (разрядка наша — *М. Л.*).

На II съезде доктор Песков вновь выступил с докладом о практических результатах проведения его предположения. Воспитательный дом дал свое согласие на подготовку сельских повитух с оплатой по 100 рублей в год за каждую. Преподавание проводилось, по его словам, «чисто практическим способом на фантомах и родильницах, причем словесно преподаются самые необходимые сведения по анатомии и акушерству». Однако все это начинание потерпело полное фиаско по двум причинам: во-первых, не нашлось достаточно охотниц поступить на курсы; во-вторых, те, которые все-таки окончили курс, «не оправдали возлагающихся на них надежд».

На VIII съезде (в 1885 г.) М. М. Фирсова сделала доклад: «К вопросу о распространении акушерской помощи среди сельского населения Черногрязского медицинского участка». Этот доклад интересен как опыт, показавший, что при известной инициативе, энергии и находчивости врача можно достигнуть прекрасных результатов. Не входя в детали, можно сказать, что доктор М. М. Фирсова еще в 1879 году устроила приют на две койки. За 8 лет акушерка (Пимковская) провела на участке 574 родовспоможений, из них 376 в приюте, который оказался настолько перегруженным, что пришлось собственную комнату акушерки и даже врача уступать для рожениц. Стало быть, даже в то «недоброе время» можно было приохотить население к родильной помощи, в частности и госпитальной.

В 1887 году на IX съезде врачей Московской области был поставлен, в качестве программного, доклад: «О положении земского родовспоможения, по возможности с основания медицинской деятельности». Заслушаны были доклады М. М. Фирсовой «Об акушерской помощи сель-

скому населению Московского уезда» и А. П. Розанова: «К вопросу о положении дела земского родовспоможения сельскому населению». Докладчики склонялись к тому, чтобы рекомендовать съезду организацию госпитальной помощи. По свидетельству М. А. Колосова, «съезд был осторожен» и избрал комиссию, чтобы «выработать проект нормальной организации помощи сельским роженицам и представить его на рассмотрение следующего X съезда». По тонкому замечанию М. А. Колосова, «комиссия эта, кажется, должна была играть роль громоотвода для слишком пугливых земцев». Фактически комиссия ни разу не собралась.

Несмотря на это, X съезд принял постановление: «признать для настоящего времени весьма желательным устройство особых родильных приютов (хотя бы с одной изолированной палатой на 2 кровати) во всех существующих и вновь устраиваемых земских лечебницах. Но, как оказалось, по докладу Елизаветы Дрентельн, хотя съезд и поставил вопрос о родовспоможении в числе программных — но совсем им не занимался (М. А. Колосов).

В 1895 году на XIII съезде земских врачей был заслушан доклад А. Г. Архангельской: «Несколько слов о подготовке при участковых земских лечебницах сельских повитух». Секция XIII съезда, обсуждавшая вопрос о родовспоможении, решила рекомендовать съезду «произвести опыт обучения сельских повитух при земских лечебницах губернии, располагающих для этой цели достаточным материалом (не менее 50 родов в год) и имеющих хорошо устроенные родильные приюты...». Однако съезд отверг это предложение секции, мотивируя тем, что «для большинства земских врачей уже слишком ясно, что сельскому населению Московской губернии нужны не «суррогаты», не «полумеры», а настоящее научно поставленное акушерство и притом акушерство госпитальное». Как указывает М. А. Колосов, «несмотря на это решение, опыт, рекомендованный А. Г. Архангельской, все же был проведен в Петровской лечебнице и в одной из лечебниц Серпуховского уезда, но «успехом, кажется, не увенчался».

Стояла ли акушерская помощь на таком высоком уровне, который оправдывал бы отрицательное отноше-

ние пироговских съездов ко всем предложениям сделать хоть некоторую уступку в своих формальных установках, чтобы оказать реальную помощь роженицам? В этом отношении мы не располагаем достаточно конкретным материалом, чтобы дать категорический ответ, но кое-что в литературе имеется по интересующему нас вопросу. Мы ограничимся ссылкой на две статьи врача Тепловского участка Пирятинского уезда, Полтавской губернии, Н. П. Дьяконенко, напечатанные в «Журнале акушерства и женских болезней».

Одна из них, озаглавленная «Заметки из земской акушерской практики за 1895—1896 гг.[1] содержит описание лечебницы в м. Тепловке, в которой работал автор, и подводит итоги его работы в земстве.

По словам Н. П. Дьяконенко, Тепловская лечебница «характерна для провинциальных земств...», которые «продолжают коснеть в рутине в самодовольном, доморощенном строительстве «на свой образец...».

Это, однако, не мешает земскому врачу Н. П. Дьяконенко помечтать о «принципах и основаниях развития земской медицины», несмотря на то, что от этих «принципов» до реальной действительности, при которой «коснеет в рутине» его собственная лечебница, далеко, как от земли до луны.

Н. П. Дьяконенко, конечно, стоит на платформе осуществления повсюду врачебной помощи, упразднения фельдшеризма и т. д. Фельдшеризм, по его словам — «это ложный и скользкий путь, вступив на который, мы будем вредить самому делу правильного устройства и развития врачебной помощи среди сельского населения...». «Где фельдшер или фельдшерица-повивальная бабка заведует самостоятельным участком, необходимо стремиться не к поднятию их знания до уровня врачебных (разрядка наша — *М. Л.*), так как этого достигнуть невозможно, а стремиться к устройству, вместо фельдшерских самостоятельных участков, врачебных»[2].

---

[1] Н. П. Дьяконенко. «Заметки из земской акушерской практики», Журнал акушерства и женских болезней, стр. 772 и след., 1898.

[2] Журнал акушерства и женских болезней, т. VI, стр. 772, 1898.

Обратимся к другой статье Н. П. Дьяконенко, в которой акушерская деятельность земского врача отражена в практике, в действии. Он описывает в ней несколько случаев проведения родов у женщин на дому по вызову в порядке разъездной помощи.

Все эти случаи, несмотря на различную степень опасности, которой подвергались роженицы, имеют одну общую, сближающую их черту: врача приглашают не для родоразрешения, которое проводят деревенские бабки или акушерки из Пирятина, которые стоят ничуть не выше повитух,—а врач приглашается лишь «в крайности», лишь в случаях осложнений, справиться с которыми повитухи оказываются уже не в силах. А это значит, что население доверяет повитухам больше, чем врачу. И если врач не сумел завоевать доверие крестьянских масс, то на это были причины, о которых мы скажем дальше.

Один из этих случаев представляет большой интерес, а потому мы остановимся на нем несколько подробнее.

Однажды, встретив на пути к другой больной крестьянина из села Сергеевка, Н. П. Дьяконенко заехал по приглашению к его жене, которая в течение трех суток не могла разрешиться, так как, по мнению пользовавшей роженицу деревенской бабки-повитухи, «ребенок пошел поперек». Поперечное положение — хотя бы по диагнозу повитухи — осложнение грозное, и врачу Дьяконенко, несмотря на то, что он спешил к другой больной, пришлось изменить маршрут. Диагноз не подтвердился и, в целях окончания родов, которые длились уже трое суток, врач решился закончить роды поворотом на ножку. Двухкратные попытки произвести поворот — окончились неудачей.

Наконец, «в результате попыток оказалась низведенной по ошибке ручка», т. е. врач искусственно превратил продольное положение (если только оно не было с самого начала поперечным, как утверждала повитуха) — в поперечное, вследствие чего возникла непосредственная угроза разрыва матки. Единственный выход состоял в том, чтобы немедленно закончить роды плодоразрушающей операцией.

Тем не менее, врач Н. П. Дьяконенко покинул роженицу в смертельной опасности и повествует об этом с эпическим спокойствием: «оставалось таким образом отложить дальнейшую помощь до следующего дня, когда будут привезены инструменты из Тепловки», за которыми и отправляется фельдшер; беспомощная роженица остается почти на сутки на попечении повитухи.

На другой день Н. П. Дьяконенко застал женщину еще в живых, но в крайне тяжелом состоянии: ноги и живот ее были закутаны всяким тряпьем — старыми мешками, ряднами, свитками и т. д.; больная стонет и молит освободить ее от мук. Пульс 120—140. Тут же было приступлено к перфорации головки и к извлечению плода «...операция продолжалась около получаса с промежутком для отдыха минут в 10, во время которых фельдшер делал массаж моим рукам...».

«Уезжая от больной, я мало питал надежды на благополучный исход, тем более, что живя почти в 30 верстах от нее, я не мог ее раньше видеть, как через неделю» (разрядка наша — *М. Л.*).

Больная все-таки выжила, но «из последствий родов осталось паралитическое состояние (скорее, впрочем, парез) мочевого пузыря и прямой кишки». Что это значит практически? Недержание мочи и кала. Ученый врач Н. П. Дьяконенко не дает себе отчета в том, что для крестьянки это равносильно потере трудоспособности.

В противовес этому интересно познакомиться с образом действий врача Н. П. Дьяконенко с клиентами из другой среды и в другой обстановке.

«На масляной в 10 часов вечера получено письмо от одного из пирятинских помещиков, живущего в 15 верстах от лечебницы, в котором он просит меня ехать немедленно на присылаемых им лошадях к его заболевшей беременной дочери, живущей замужем в другом уезде (разрядка наша — *М. Л.*) в 35 верстах». По дороге Дьяконенко заезжает к пирятинскому помещику, чтобы сменить лошадей. Итого он проехал пятьдесят верст. «Собравшись наскоро с инструментами, я в 12 часов ночи, при 25° морозе выехал в село Т... В 4 часа ночи прибыл на место». Встречает его перепуганный муж роженицы, которому пришлось самому принимать роды; они уже закончились преждевременным рожде-

нием мертвого плода. «Только когда уже родился ребенок, привезли акушерку от соседнего помещика, где она «сторожила» (по красочному выражению Дьяконенко) беременную на сносях молодую барыню...»[1].

Это, впрочем, далеко не было исключением — наоборот: постоянно встречались попытки «вменить врачу в обязанность выезжать по первому требованию помещика. «Было далеко не редкостью, что вызванный к помещику за 10 или более верст врач находил того в вожделенном здравии, и причиною вызова оказывалась просто скука и желанье поразвлечься с доктором» (В. Б. Веселовский).

Постигшие его неудачи в описанных им случаях Н. П. Дьяконенко относит за счет земства, которое «несет тяжелую вину... искупить которую перед населением оно не сможет никакими сбережениями сотен тысяч...».

Своей собственной вины перед населением — прежде всего крестьянским — Н. П. Дьяконенко не чувствует. В одном он прав, что главный интерес его деятельности на поприще сельского родовспоможения заключается «во всей физиономии, во всех деталях бытового и чисто провинциального характера».

С этой точки зрения мы и позволим себе сопоставить эти два случая, но в ином разрезе.

Изучение деятельности врача Н. П. Дьяконенко показывает, что через 30 лет после введения земских учреждений в Полтавской губернии практиковалась акушерская помощь двух сортов: первого сорта, предназначенная для помещиков и для богатых купцов, и второго (самого низкопробного) сорта для крестьян — хотя прямая обязанность земств состояла именно в обслуживании крестьянского населения, как это не раз и прокламировалось пироговскими съездами.

Характерными для помощи «второго сорта», оказываемой роженицам-крестьянкам, были следующие черты.

1. Ни разу в описанных им случаях при враче не оказывалось необходимых инструментов и за ними приходилось гнать фельдшера за десятки верст, теряя драгоценное для неотложной акушерской помощи время.

---

[1] «Заметки из земской акушерской практики за 1895 и 1896 гг.». Журнал акушерства и женских болезней, стр. 781, 1898.

2. Акушерская помощь, оказываемая крестьянкам, всегда носила характер спешки, лишавшей врача возможности сосредоточиться на случае и найти правильную линию акушерского поведения. С особенной яркостью эта черта проявилась в описанном нами случае поперечного положения, когда врач, приведя роженицу своими грубыми, ничем не оправданными действиями, на край гибели, бросает ее в этой опасности до следующего утра.

3. Ни разу врач не проследил за родильницей после оказания ей запоздалой акушерской помощи, что особенно характерно в одном из его случаев, когда заранее было взято решение посетить родильницу не ранее как через неделю, за дальностью расстояния.

В противоположность этому, помощь «первого сорта», предназначенная для «господ», отличается следующими чертами.

1. Несмотря на спешку в обоих случаях вызова, инструменты находятся при враче.

2. Дальность расстояния не стесняет врача настолько, что он ни на минуту не задумывается, чтобы ночью, в 25° мороз, выехать за 50 верст в чужой уезд, чтобы оказать услугу знакомому помещику.

3. Врач не задумывается и о затрате времени, необходимого для таких дальних выездов, оставляя на этот срок крестьянское население своего участка без всякой врачебной помощи.

4. Оказав «барыне» (помещице или купчихе) акушерскую помощь, врач не бросает ее на произвол судьбы, а делает столько посещений, сколько по его мнению нужно, даже по два раза в день. Этого ему, конечно, нельзя поставить в упрек, при условии, если бы тот же принцип, обязательный для врача, соблюдался им и по отношению к крестьянкам.

На основании этих сопоставлений не трудно понять, почему врач Н. П. Дьяконенко не пользовался авторитетом среди крестьян: они скоро поняли—при несомненной помощи повитух, что от знаний земского врача Н. П. Дьяконенко на их долю выпадают одни крохи, а львиная доля достается помещикам. А потому и обращаться к этой помощи они стали лишь в крайности.

Было бы ошибкой обобщать деятельность врача Н. П. Дьяконенко и распространять ее хотя бы только

на врачей Полтавского земства. Можно, однако, думать, что он не был одинок в своих действиях.

Ведь весь цинизм его «Заметок из земской практики» в том и заключается, что врач Н. П. Дьяконенко пишет с полной откровенностью, не стесняясь, в своем органе печати, выступает с докладами на заседаниях своих акушерских обществ, обращается к людям своей среды. Он не боится, очевидно, их осуждения, так как он, очевидно, уверен, что подобно ему действуют и многие другие земские врачи. По крайней мере, его признания не встречают ни осуждения, ни отпора в печати. Мало того: он не боится опубликовывать материал, имеющий все признаки наказуемого уголовного преступления. Все его действия так естественны с точки зрения среды, к которой принадлежит Н. П. Дьяконенко, что ему и бояться нечего. Кого из власти имущих интересует, что какая-то крестьянка погибла в селе Сергеевка в результате его преступной небрежности? Иное дело, если бы это касалось «барыни».

Но для потомства земский врач Н. П. Дьяконенко оставил материал, достаточно характеризующий систему организации родильной помощи крестьянскому населению, горькая участь которого маскировалась пустозвонной фразеологией радетелей о народном здравии. Если бы сотни земских врачей, рассеянных по лицу земли русской, делали свое маленькое дело в области родильной помощи так, как этого требовал их долг и совесть, то можно было бы достигнуть бесконечно больше того, что было сделано. И с полным правом мы именно к ним отнесли бы слова Некрасова:

«Не мудрено, что ты вянешь до времени
Все выносящего русского племени
Многострадальная мать...».

Вопрос об организации родильной помощи сельскому населению был снова поставлен в программу дня в 1911 году на XI Пироговском съезде, на котором Л. И. Бубличенко сделал весьма обстоятельный доклад, озаглавленный: Организация акушерской помощи сельскому населению в земских губерниях». Доклад этот, опубликованный в «Русском враче» и подводящий итоги состояния родовспоможения до 1908 г. (включительно),

Таблица 1

	1898 г.	1899 г.	1900 г.	1901 г.	1902 г.	1903 г.	1904 г.	1905 г.	1906 г.	1907 г.
Всего в России										
Число родильных приютов и отделений	168	207	273	300	430	504	528	520	566	
Число кроватей в них	1411	1595	1614	1873	2954	3508	3923	4233	4735	
Число беременных и рожениц за год . .	55813	64860	70261	74338	105666	140256	153412	139646	173662	
В земских губерниях										
Число родильных приютов и отделений	122	161	225	249	335	389	403	394	427	478
Число кроватей в них	1031	1169	1225	1415	2223	2696	2956	3178	3581	3170
Число беременных и рожениц за год . .	46343	52506	55179	60543	100926	116267	125331	111714	144093	153729

является естественным продолжением доклада Г. Е. Рейна на IX Пироговском съезде.

В таблице 1 автор дает динамику роста сети и обслуженных ею беременных и рожениц в России в целом и в 34 земских губерниях в отдельности, начиная с 1898 по 1907 год включительно.

Из этой таблицы видно, что число родильных приютов и отделений всего в России выросло за девять лет (за 1907 год сведений не имеется со 168 до 566, т. е. на 237%, а число кроватей в них с 1411 до 4735, или на 236%, иными словами емкость или пропускная способность учреждений не сократилась, причем в среднем приходилось в 1906 году по 8,4 кровати на учреждение.

Этим данным Л. И. Бубличенко противопоставляет следующие цифры по земским губерниям: число родильных приютов и отделений увеличилось за те же девять лет со 122 до 427, т. е. на 235%, а число коек в них со 1691 до 3581, или на 247%, причем среднее число кроватей на учреждение составляло 8,4.

Таким образом, динамика развития сети в России в целом («всего») и в 34 земских губерниях была совершенно одинаковая. Такой вывод, однако, является абсолютно неправильным; он получился вследствие того, что Л. И. Бубличенко совершил методическую ошибку, сопоставляя величины несопоставимые, так как подавляющее число учреждений было сосредоточено в земских губерниях. В самом деле: в 1898 году в них было 73,7% всех родильных приютов и отделений и 72,7% всех кроватей— против 75,5% и 75,6% в 1907 году. Следовательно, динамика роста этих показателей была несколько больше, чем в остальной России. Этот момент и следовало выпятить, сопоставляя данные по земским губерниям с показателями по другим губерниям и областям страны.

Не менее важно было бы выделить в таблице из данных о земских и неземских губерниях Европейской России соответственные данные по Кавказу, Закавказью, Средней Азии, Сибири и прочим внеевропейским владениям царской России. Из такого сопоставления было бы видно, что так называемые «окраины» или вернее говоря, колонии Российской империи были совершенно лишены стационарной родильной помощи.

Но если взять абсолютные цифры рожениц за год (хотя бы за 1906), обслуженных родильными приютами, то мы увидим, какое ничтожное место занимают они по сравнению с общей цифрой рождений по России. Как это видно из таблицы, всего в 1906 году обслужено родильными приютами 173 662 роженицы, в то время как число рождений по России составляет за 1906 год не менее 2,5—3 миллионов.

Число обслуженных всеми родовспомогательными учреждениями России в целом увеличилось в три раза, в 34 земских губерниях — тоже в три раза. Иными словами, земское родовспоможение как будто бы не имеет никаких преимуществ перед неземским. Это, конечно, не так: здесь была допущена та же методическая ошибка, как и при сопоставлении данных о сети. Все сделанные нами замечания о сети относятся полностью и к деятельности ее.

Приведенная нами таблица дает право еще на один вывод — о значительной перегрузке родовспомогательных учреждений: в 1898 году число оборотов родильной койки равнялось 45, в 1907 — несколько снизилось. Эти цифры показывают, что тяга сельского населения в стационары существовала, но земская медицина не сумела использовать этот благоприятный фактор.

Выводы свои Л. И. Бубличенко иллюстрирует целым рядом таблиц, из числа которых лишь некоторые представляют для нас наибольший интерес. К ним относится таблица 4 (по нумерации автора), озаглавленная: «Организация стационарного родовспоможения за 1908 год».

Из таблицы прежде всего видно, что автор включает в свои итоги данные об организации родовспоможения в фабрично-заводских учреждениях, что является методической ошибкой, так как в актив земской медицины заносится то, что было сделано фабрично-заводской медициной. Ту же методическую ошибку допустил З. Г. Френкель на Дрезденской гигиенической выставке в 1911 году и А. Редлих на Всероссийской гигиенической выставке 1913 года. Конечно, в общем итоге участие фабрично-заводской медицины улучшило обслуживание населения родильной помощью. Однако делать за счет этого корректива выводы о достижениях земского родовспоможе-

ния было совершенно неправильным. А удельный вес этого корректива не маленький.

Из итоговой строки таблицы видно, что из общего числа 1770 кроватей в 34 земских губерниях 539, т. е. 42,5% были сосредоточены в фабрично-заводских предприятиях. Далее следует заметить, что этот вид помощи был сосредоточен в губерниях, имевших хоть какую-нибудь промышленность: 405 из общего числа коек, т. е. 75,1% было развернуто в Московской и Владимирской губерниях, остальные 25,0% распределялись в 11 других губерниях, а прочие земские губернии, в числе 21, не имели ни одной кровати. Таким образом, искусственный прием, использованный для показа видимого, но несуществующего благополучия в этой области, пошел на пользу трем-четырем губерниям и еще больше подчеркнул неудовлетворительную организацию родильной помощи в подавляющем большинстве земских губерний.

К сожалению Л. И. Бубличенко не выделяет из общего числа родовспоможений, проведенных на всех кроватях в земских губерниях, родовспоможения, оказанные в фабрично-заводских учреждениях. Если принять, что оно соответствовало, примерно, мощности сети, то окажется что из 2371 общего числа родовспоможений не менее половины должно быть отнесено за счет фабрично-заводской медицины (252 кровати против 248). Следовательно, и охват стационарным родовспоможением всех родивших должен быть вдовое уменьшен для земских учреждений, т. е. до 17,3%.

Еще менее благоприятно складываются отношения для Владимирской губернии: из общего числа 227 кроватей на земские учреждения приходится 64 или всего 28,2%. Соответственно этому, число оказанных на них родовспоможений составляет лишь 2718 из общего числа 9638, а охват населения родильной помощью силами земской медицины снижается до 3,55%.

Соответственные показатели для всех 34 земских губерний изменятся следующим образом: из 54411 родовспоможений 57,5 или 31,286 приходится на земские учреждения, а показатель охвата ими рожениц будет равен 0,92% (а не 1,6%). Правда, в 11 земских губерниях из 34, число проведенных родовспоможений не показано, и, если принять во внимание, что в последней графе та-

блицы дана сводка общего числа родовспоможений, проведенных в городах и уездах, то надо полагать, что поправка за счет этих 11 губерний окажет почти неощутимое влияние на показатель охвата родильной помощью в уездах.

Разобранная нами таблица поучительна и в другом отношении: процент всех охваченных родильной помощью по отношению к числу родивших в 1908 году (охват) составлял в среднем по всем земским губерниям 4,3% (последняя строка последней графы). При этом всего в пяти губерниях охват был выше среднего: в Московской — 29,7%, Владимирской — 13,4%, Ярославской — 8,2%, Петербургской — 7,0% и Костромской — 5,5%. Данные по С.-Петербургу и Москве сюда не входят. Самые низкие показатели охвата дали губернии: Курская — 0,7%, Новгородская — 0,6%, Тамбовская — 0,5%, Черниговская — 0,5%.

За вычетом данных по пяти передовым губерниям, в остальных 29 показатель охвата должен резко снизиться, не говоря уже о некоторой поправке за счет деятельности фабрично-заводской медицины. Это еще раз подтверждает высказанное нами положение, что представление о достижениях земской медицины в области организации родильной помощи строится на основании нескольких наиболее передовых губерний, в особенности Московской, в то время как факт абсолютно безотрадного состояния родовспоможения в подавляющем большинстве остальных губерний совершенно игнорируется.

Коснемся вопроса о качественной стороне организации родильной помощи, по данным Л. И. Бубличенко.

Он пишет, что наиболее распространен тип приюта— на две кровати; фабричные и заводские приюты имели от четырех до шести кроватей. Выше мы указали, что среднее число кроватей на родовспомогательное учреждение равнялось 3,4. Очевидно, что эта, относительно высокая, средняя величина получена за счет родильных отделений более крупных больниц в уездных городах, которые по состоянию дорог, транспорта и по ряду других причин бытового характера были недоступны для подавляющего большинства населения уездов.

Качество родильной помощи в общих больницах Л. И. Бубличенко характеризует в следующих словах:

«В крайних случаях, а иногда и в обыкновенных, если к тому имеется возможность, роженицы принимаются в отдельные палаты или, за отсутствием таковых, на **свободные кровати уже занятых палат** (разрядка наша — *М. Л.*), **в ванную комнату, в комнату для сиделки, в коридор и прочие более или менее неудобные места»**, как сообщается в делегатских докладах Вологодской, Тверской, Симбирской, Уфимской губерний.

Таблица 2*

	1902 г.	1903 г.	1904 г.	1905 г.	1906 г.	1907 г.
Число родов, пользованных в родильных приютах и в отделениях земских губ. . .	100926	116627	125331	111714	144093	163729
Число родов, пользованных вообще стационарно в земск. губерниях	100070	119125	129795	133819	157189	189408
Число родов, пользованных на случайных койках	144	2858	4464	22105	13096	25679
То же в % по отношению к общему числу стационарных родовспоможений	0,15	2,4	3,5	19,8	8,3	13,5

* Таблица № 6 у **Л. И. Бубличенко.**

В таблице 2 показано соотношение между количеством родовспоможений на этих, так сказать, случайных койках и числом родовспоможений, проведенных в родильных приютах и отделениях больниц. Из этой таблицы видно, что удельный вес неорганизованной родильной помощи на случайных, совершенно неприспособленных для этого койках из года в год увеличивается: от 0,15%

в 1902 году до своего максимума — 19,8% в 1905 году, и несколько снижается до 13,5% в 1907 году; относительное число случаев совершенно неорганизованной родильной помощи увеличилось с 1902 по 1907 год ровно в 90 раз. Таким образом, выделение оформленных родильных отделений в больницах встречается скорее как исключение («в крайних случаях»).

Не менее интересен вопрос о кадрах сельских акушерок, именуемых неопределенным термином «повитух»:

«под этим именем, — говорит Л. И. Бубличенко, — фигурирует очень разнообразный персонал, начиная от второразрядных акушерок, получающих подготовку к акушерской деятельности в специальных учебных заведениях, и кончая грамотными сиделками (разрядка наша — *М. Л.*), в течение нескольких месяцев обучавшихся повивальному искусству при какой-нибудь больнице или родильном доме».

Пестрота в квалификации акушерского персонала является прямым следствием неопределенной позиции, занятой пироговскими съездами в этом решающем для развития сельского родовспоможения вопросе.

Л. И. Бубличенко отмечает в практике земств две тенденции: 1) сузить и упростить роль акушерского персонала выработкой специального упрощенного исключительно для целей сельского родовспоможения типа повитух и 2) подготовлять фельдшериц-акушерок.

Обе эти тенденции в одинаковой мере продиктованы стремлением земств как можно больше уменьшить расходы на родильную помощь. Погоня их за дешевизной поддерживалась и наиболее передовыми земскими врачами, к числу которых бесспорно можно отнести и Л. И. Бубличенко:

«Если перевести работу акушерок на деньги (из 300 рублей оклада в год), то более чем у 60% акушерок роды обходятся в 7 рублей и более... Если принять во внимание, что назначение акушерок—исключительно оказывать родовспоможение, то нельзя не признать, что акушерки слишком дорогая роскошь для земств» (разрядка наша — *М. Л.*). К счастью, сама жизнь переработала эту дорогую роскошь—продукт потребности городской жизни, искусственно прививаемый земству (разрядка наша — *М. Л.*) и

приспособила акушерку, соответственно потребности земской медицины, к деятельности в качестве, хотя и не дипломированной, но обыкновенной помощницы варча во всей его разнообразной работе по участку».

Мы отнюдь не отрицаем необходимости подходить вполне реально к вопросу о посильности для земств расходов на родильную помощь, но при этом нельзя упускать из виду, как это делает автор доклада, недогрузку акушерок во многих ведомствах: как он сам констатирует, на долю акушерки приходится до двух десятков с небольшим родовспоможений в год, т. е. «меньше половины той нормы, которая считается возможной при условиях земской работы (по Г. Е. Рейну 50—60 в год)».

С другой стороны, Л. И. Бубличенко не учитывает и того, что всякое использование акушерки (дипломированной или недипломированной—все равно) не по ее прямому назначению отвлекает ее от подачи родильной помощи, т. е. еще более уменьшает ее нагрузку, а вместе с тем искусственно сокращает объем обращаемости населения к медицинской родильной помощи, а между тем крестьянок надо было еще приучить к пользованию ею. Отрыв акушерки от населения в этой специальной сфере ее деятельности несомненно препятствовал развитию и росту сельского родовспоможения.

Последние данные о состоянии родильной помощи в земских губерниях относятся к 1911 и 1913 гг., т. е. к периоду, непосредственно предшествовавшему первой империалистической войне. Они могут быть приняты в качестве итоговых за весь период существования земской медицины, так как в последующие годы земская медицина не только не прогрессировала, но стала постепенно приходить в состояние упадка, в связи с мобилизацией врачей и среднего медицинского персонала и с прочими военными тяготами первой мировой войны.

В 1911 году земская медицина была представлена на Дрезденской гигиенической выставке, а в 1913 году — на Всероссийской гигиенической выставке в Петербурге, в основу которой была положена Дрезденская, пополнен-

ная новыми экспонатами и данными. Заслуга в организации этих выставок всецело принадлежит З. Г. Френкелю, положившему много труда, энергии и любви на собирание экспонатов и оформление выставки. С внешней стороны и по содержанию обе выставки были блестяще представлены—Дрезденская выставка имела громадный успех: она поразила воображение иностранцев — и в первую очередь германских ученых, не имевших представления об общественной медицине — ибо вся их медицина была основана на частной практике.

З. Г. Френкель посвятил этим выставкам обстоятельное описание [1].

«Призванное к жизни, — пишет З. Г. Френкель, — вслед за падением в России рабства и крушением приказно-крепостного уклада, земство во всей своей полувековой работе было той культурной силой, которая с неуклонностью создавала в стране самые первые, самые необходимые условия для жизни современного благоустроенного государства.

«Заслуга русского земства состояла не в усвоении уже определившихся или наметившихся в других странах форм организации охраны народного здоровья, а в том, что оно сумело создать совершенно новую оригинальную по своей постановке и строю систему общественного обеспечения населения медицинской помощью и новые пути для осуществления общественно-санитарных задач».

Несмотря на эту, совершенно правильную общую оценку заслуг земской медицины, З. Г. Френкель говорит несколько дальше:

«Удивительно равнодушны многие наши земства к своему творчеству... и мы много проигрываем вследствие нашего собственного равнодушия, нашей собственной скупости». «Обломовщина и нерасчетливая скупость — немалая причина нашей отсталости» — приводит Френкель слова В. С. Голубева [2].

Равнодушие земств к своему делу проявилось и в их участии на Дрезденской выставке: из 335 уездных земств откликнулось всего 6 (1,7%) из 34 губернских — 9 (26,5%); а всего 15 земств из 389 прислали на выставку

[1] З. Г. Френкель. «Очерки земского врачебно-санитарного дела». 1913 г. СПб.

[2] Земское дело, № 1, стр. 75, 1911.

свои экспонаты. Можно ли подобное «отсутствие» приписать равнодушию остальных земств к своему «творчеству»? Не вернее ли сказать, что подавляющее большинство земств было не повинно в творчестве, а потому им нечего было и показать на выставке. Во всяком случае, это замечание справедливо по отношению к вопросу организации родильной помощи.

В области земского родовспоможения программа Дрезденской выставки должна была охватить следующие моменты.

«Постановка родовспоможения в земствах. Акушерский персонал. Акушерские пункты. Родильные приюты и родильные отделения. Модели наиболее крупных или типичных родильных домов и приютов, их обстановку число родовспоможений по десятилетиям или в последний год десятилетия, абсолютное и в отношении к числу родившихся за те же годы (охват — *М. Л.*) или к числу населения (обслуженность — *М. Л.*), с подразделением на одних и тех же столбиках родовспоможений, оказанных врачами и акушерками. Рост родовспоможений в заведениях и на дому».

Материалы, представленные Г. Е. Рейном на IX съезде, были бесконечно богаче того, что дали даже те немногие земства, которые откликнулись на призыв выставочного комитета.

Каковы были цифровые данные о состоянии родильной помощи? Из 2320 коек во всех участковых лечебницах Московской губернии под родильные отделения было отведено 280 коек, т. е. около 10%. Из 19 лечебниц 14 не имели ни одной родильной койки.

Так было представлено родовспоможение земской медицины на Дрезденской гигиенической выставке.

Перейдем к разбору данных, представленных на Всероссийской гигиенической выставке 1913 года в С.-Петербурге. Этому вопросу посвящена небольшая книжка Д. А. Парышева[1].

Хотя со времени Дрезденской выставки прошло два года и можно было бы ожидать повышения интереса

---

[1] Д. А. Парышев. Родовспоможение в России по данным Всероссийской гигиенической выставки 1913 г. в С.-Петербурге, СПБ, 1914.

земств к такому существенно важному для показа итогов полувековой деятельности земской медицины делу, как Всероссийская выставка, никакого перелома в их «обломовщине и нерасчетливой тупости» не произошло.

«...Оказалось, что далеко не все города и губернии приняли участие на выставке. Из 40 губернских земств (включая 6 «новоземских» — *М. Л.*) приняли участие только 16 (40% — *М. Л.*), из уездных—и того меньше. Некоторые из них совсем оставили забытым вопрос о родовспоможении. В особенности недостаточно была представлена акушерская помощь в городах» (Д. А. Парышев) [1].

В числе отделов выставки был отдел «Родовспоможение», в котором были выставлены все экспонаты, относящиеся к этой отрасли земской медицины. «К сожалению, однако,—пишет Парышев,—тому, кто интересовался найти в нем сведения последних лет, получить их было нельзя, так как материалы для диаграмм были взяты из тех же докладов IX Пироговскому съезду Рейна и его сотрудников» [2].

Отдел «родовспоможения» был организован проф. А. А. Редлихом при ближайшем участии доктора Д. И. Гимпельсона.

Большой интерес представляла диаграмма, составленная А. А. Редлихом, из которой видно, что в числе 167 488 946 лиц всего населения России в 1911 году было 35 486 878 женщин чадородного возраста, из них разрешилось в 1911 году 7 033 507 (19,8%), из которых 367 305 (5,2%) получили помощь образованного медицинского персонала: 5,2% и есть тот средний процент медицинской акушерской помощи, который должен быть принят, как единица сравнения при оценке постановки родовспоможения в земствах и городах. Иными словами: 94,8% всех рожениц (включая города) находились накануне первой империалистической войны в руках бабушек-самоучек. Таковы итоги деятельности земского и городского самоуправления в деле удовлетворения населения царской России родильной помощью.

---

[1] Д. А. Парышев. Родовспоможение в России по данным Всероссийской гигиенической выставки 1913 г. в С.-Петербурге, СПб, стр. 2, 1914.

[2] Там же, стр. 3.

Таблица 3

Губернии	% медицинского родовспоможения		Разница	Отношение к среднему показателю родовспоможения в России
	10 лет назад	теперь		
Витебская г.	—	5,3	—	0
Воронежский у.	—	10,6	—	+5,4
Екатеринославская г.	2,93	3,7	0,8	—1,5
Калужская г.	—	5,0	—	—0,2
Кинешемский у.	—	14,5	—	+9,3
Киевская г.	—	3,8	—	—1,4
Ковровский у.	—	0,74	—	—4,46
Нижегородская г.	—	2,6	—	—
Олонецкая г.	4,8	—	—	—
Оренбургская г.	—	0,1	—	—5,1
Пермская г.	2,9	8,6	5,7	+3,4
Полтавская г.	—	3,5	—	—1,7
Рязанская г.	0,6	5,0	4,4	—0,2
Самарская г.	1,3	—	—	—
Саратовская г.	3,8	4,93	1,1	—0,27
Бирский у.	—	1,8	—	—3,4
Харьковская г.	1,1	6,9	5,8	+1,7
Херсонская г.	0,8	6,4	5,6	+1,2
Ярославская г.	8,9	15,2	6,3	+10,0

Придавая первоочередное значение подготовке земствами акушерского персонала в фельдшерско-акушерских и специально акушерских школах, А. А. Редлих присоединяется к мнению З. Г. Френкеля, что «содержание медицинских школ для подготовки соответствующего персонала должно было бы составить задачу государства, а не ложиться на плечи земств.

Как же обстояло дело со школами? Из 40 губернских земств имели фельдшерско-акушерские школы — 20. Ни одно из них не имело «специально акушерских» школ. Кроме того, три губернских земства (Минское, Могилевское и Витебское) содержали на совместные средства в Могилеве фельдшерскую и акушерскую школы.

На двух таблицах, представленных Д. А. Парышевым, даны сводные сведения об условиях деятельности и со-

стоянии родовспоможения в том виде, как оно представлено на выставке.

Из таблицы (№ 3) видно, во-первых, как убоги были «экспонаты» по родовспоможению, представленные такими могущественными общественными организациями, как земское и городское самоуправление; во-вторых, как ничтожны были достигнутые ими за десять лет успехи.

Подводя итоги тому, что дали выставки 1911 и 1913 годов, мы считаем себя вправе сказать, что они ни в какой мере не отобразили отрицательные стороны состояния земской медицины. Даже в лучших экспонатах и цифровых показателях выставки выдают желаемое за осуществленное. Таким образом, можно говорить, что на выставках были показаны скорее тенденции земской медицины, ее идеалы — чем реальное состояние ее. Что касается родовспоможения, то выставки демонстрировали почти полную беспомощность земской медицины в организации родильной помощи сельскому населению России.

На основании изучения документального материала, выступлений в печати земских деятелей в различные периоды существования земств, а равным образом литературных источников более позднего периода, мы можем сделать следующие выводы об организации земствами родильной помощи.

1. Организация родильной помощи сельскому населению в период существования земства находилась на крайне низком уровне, а достигнутые земствами результаты в этом направлении можно считать ничтожными: при общем среднем охвате населения стационарной родильной помощью, равным 5,2%, включая сюда и города; охват колебался с учетом родовспоможения, оказанного в больницах фабрично-заводской системы между 29,7% в Московской губернии, до 0,5% в губерниях Тамбовской, Черниговской и Харьковской.

2. Основной причиной столь печального положения дела было то обстоятельство, что земства, за исключением немногих, никогда не относились серьезно к вопросу об удовлетворении населения родильной помощью и не занимались им так, как они занимались общей медициной и санитарно-гигиенической в особенности. Основное их стремление было направлено к тому, чтобы орга-

низовать родильную помощь с наименьшими на нее затратами.

3. Решающим в выборе наиболее дешевой родильной помощи был вопрос о профиле или квалификации повивальной бабки. Колебания в этом отношении двигались в самых широких границах, начиная от простой деревенской необученной бабки, не имеющей никакого ценза и квалификации, до высококвалифицированной фельдшерицы-акушерки. Для земцев смысл этих предложений был одинаковый: фельдшерица-акушерка не требовала специальных расходов, и в общем составе ее многообразных функций, в сущности, не стоила земствам ни одной копейки.

4. В вопросе о выборе типа повивальной бабки для села чрезвычайно неблагоприятную роль сыграла непримиримая позиция руководящих деятелей пироговских съездов, которые, исходя из идеологических принципов земской медицины, отрицали иной вид и форму самостоятельной лечебной помощи, кроме стационарной и врачебной.

5. Исключительно вредное влияние на дело выбора типа сельской повивальной бабки оказали лженаучные теории о том, что роды как физиологический акт, не требуют никакого вмешательства, что роль повивальной бабки сводится не столько к тому, чтобы оказывать помощь, роженице, сколько к тому, чтобы как-нибудь и чем-нибудь не повредить ей. В этой проповеди задавали тон такие авторитетные ученые, как В. В. Сутугин, Г. Е. Рейн и др.

6. Немаловажным тормозом в развитии сельского родовспоможения было также неумение медицинских работников опереться в этом деле на крестьянское население, даже в тех случаях, когда определенно появлялась их «тяга» к организованному родовспоможению.

7. Практический опыт показал, что при наличии инициативы, энергии и организационных способностей у врача, можно было добиться положительных результатов в насаждении даже стационарной родильной помощи, вопреки тяжелым условиям, в которых врачу пришлось действовать.

8. Реакционная политика, проводимая самодержавием со дня зарождения земского самоуправления в свою оче-

редь тормозила развитие земской деятельности и медицины вообще и родильной помощи, в частности, как это было нами изложено во введении.

Земской медицине противопоставлялась так называемая сельская медицина, т. е. медицина неземских губерний. Наши сведения о состоянии сельского родовспоможения весьма скудны, они сводятся в сущности к нескольким докладам на пироговских съездах, к выступлениям по ним и к небольшим статьям в печати.

Впервые доклад о «неземской медицине» был сделан Левицким (из Ковеля) на VI Пироговском съезде, происходившем в 1896 году в Киеве. Автор доклада делит все неземские губернии, по организации в них медицинской части, на три разряда. К первому разряду он относит губернии, в которых на каждый уезд приходится по 2 врачебных и от 3 до 11 фельдшерских участков. Ко второму — губернии с одним врачебным и от 0 до 11 фельдшерских участков на уезд. В третьем разряде «вообще никакой сельской медицины нет».

К отрицательным сторонам сельской медицины Левицкий относит шаблонное устройство ее в губерниях первого и второго разрядов, т. е. одинаковое число врачей, отпуск одинаковых сумм, несмотря на разницу в количестве населения и в пространстве, приходящихся на врача.

Отпускаемые на медицину средства были крайне скудны. Так, например, в одной из станиц Уральской области было отпущено на борьбу с холерой: 1 унция сулемы, 2 фунта неочищенной карболовой кислоты, 2 драхмы валериановой настойки и 5 драхм капель Иноземцева.

К преимуществам неземской медицины Левицкий относит наличие больнички в каждом врачебном участке и относительно хорошее материальное положение врачей на службе.

Доклад Левицкого подвергся весьма жестокой критике—выступавшие ораторы подчеркивали главным образом преимущества земской медицины, в области которой действует «само общество», в то время как «в не-

земских губерниях действует «административный произвол» (П. П. Розанов). Следует, однако, заметить, что в 1896 году, т. е. после введения нового земского положения 1890 года в земских губерниях административный произвол был не меньше, чем в неземских, хотя он осуществлялся иными методами.

На IX Пироговском съезде И. В. Судаков несколько шире осветил вопрос о неземской медицине, представив следующие суммированные сведения по 12 неземским губерниям (Архангельская, Виленская, Витебская, Минская, Гродненская, Ковенская, Волынская, Могилевская, Киевская, Подольская, Оренбургская, Астраханская); на всем пространстве этих губерний, занимающем 1 525 947 кв. верст и населенном 23 943 тысячами жителей — один врач приходился на 1 485 кв. верст, при среднем радиусе в 21 версту; одна повивальная бабка — на 2 850 кв. верст при радиусе в 30 верст, с количеством населения 19 402 чел. в среднем на бабку.

Число всех лечебных учреждений, в которых оказывалась родильная помощь населению, составляло 33, из них: 14 специальных родильных приютов, 15 родильных отделений при общих больницах; лечебных заведений без специальных отделений — 4. Среднее число оказанных во всех перечисленных учреждениях родовспоможений равнялось 5 067, что составляло 0,5% по отношению к числу родившихся (916 250—родов или 38,27 на 1000 населения). Смертность в этих учреждениях равнялась 1,0%. Повивальных школ всего насчитывалось 8, с годовым выпуском 150 человек.

В Средней Азии (Акмолинская, Закаспийская, Самаркандская, Семипалатинская, Семиречинская, Сыр-Дарьинская, Тургайская, Уральская, Ферганская области) один врач уезда приходился на 62 800 кв. верст при радиусе участка в 141 версту; одна повивальная бабка — на 79 402 кв. верст при радиусе в 158 верст. Общее число лечебных учреждений, оказывавших родильную помощь — 10 на 24 кровати. Всего было разрешено в этих учреждениях 408 женщин, при наличии 184 000 женщин чадородного возраста и 190 454 рождений. Таким образом, всего 2 роженицы из 1 000 рожали в лечебных заведениях (охват 0,22%). Вышеупомянутые лечебные заведения находились, как и вообще на окраинах бывшей

царской России, исключительно в больших городах (Омск, Семипалатинск, Ташкент, Уральск и др.) и обслуживали только эти города и ближайшие пригородные селения. Смертность матерей в этих учреждениях была очень высока — 1,4%.

В Сибири (губернии: Иркутская, Тобольская, Томская, области: Забайкальская, Амурская, Приморская, Якутская, остров Сахалин) было всего 422 врача, повивальных бабок — 276 (из них в уездах 22) на пространстве в 11 012 755 кв. верст. На каждого врача, работавшего в уезде, приходилось 71 972 кв. верст площади при радиусе участка в 132 версты; на повивальную бабку в уезде — 90 268 кв. верст, с радиусом в 169 верст при 5 072 женщинах чадородного возраста в среднем на каждую. Всего было 9 родовспомогательных учреждений на 60 кроватей, расположенных в крупных городах (Томск, Красноярск, Иркутск, и др.). Одна кровать приходилась на 23 339 женщин чадородного возраста. Всего проведено родовспоможений — 2076, что равно 0,6% охвата.

На Кавказе (губернии: Бакинская, Елизаветпольская, Кутаисская, Ставропольская, Тифлисская, Черноморская, Эриванская; области: Дагестанская, Карская, Кубанская и Терская) было всего 703 врача, из них только 175 находились в уездах; 363 повивальных бабки (64 в уездах). На долю врача приходилось 2 325 кв. верст площади с радиусом участка в 27 верст, на повивальную бабку — 6 359 кв. верст с радиусом в 44 версты, при 6 107 женщинах чадородного возраста. Всего было учреждений с акушерской помощью — 15, с общим числом коек — 102. Таким образом, одна кровать приходилась на 21 734 женщины чадородного возраста. Число родовспоможений за год — 1 874 на 358 676 рождений, что равно охвату в 0,5% (рождаемость: 36,56 на 1 000 населения). Всего была одна повивальная школа, в Тифлисе, выпускавшая в среднем до 50 повивальных бабок в год.

Что касается губерний Прибалтийского края и Литвы, то организация родильной помощи в них едва ли была хуже, чем в земских губерниях: так, средний радиус участка на одну повивальную бабку равнялся 11-ти верстам, при площади обслуживания в 365 кв. верст. На одну повивальную бабку приходилось в среднем 139 рождений в год; число родовспоможений — 1422, что соот-

ветствует охвату в 1,8%, т. е. несколько ниже охвата, исчисленного для 34 земских губерний.

Следовательно, при всех преимуществах земского родовспоможения перед сельским, этот фактор, сам по себе взятый, не имеет решающего значения: нужно думать, что немаловажную роль в этом отношении играет ряд моментов, как то: более высокий уровень культуры местного населения, более плотное расселение, лучшее состояние дорог и т. д.

Д. Н. Жбанков посвятил специальную небольшую работу вопросу о преимуществах земской медицины перед сельской [1].

Он называет сельскую медицину «младшей и заблудшей сестрой земской медицины». Для сравнения Д. Н. Жбанков сопоставляет Киевскую неземскую губернию, как лучшую из неземских, с губерниями Полтавской и Черниговской, средними среди земских губерний и с Херсонской — одной из лучших среди них.

Он приходит к следующим общим выводам: каждый сельский врачебный участок в неземских губерниях в пять раз больше по пространству; в 2,6 раза больше по численности населения, чем в земских; фельдшеризм в неземских губерниях развит в три с половиной раза сильней. Число больничных кроватей в земских губерниях почти в два раза больше, чем в неземских. «Стало-быть, в земских губерниях врачебная помощь гораздо доступнее».

Процент обращавшихся к врачебной помощи в земских губерниях в два раза больше, чем в неземских, а лечившихся почти в три раза больше.

Сопоставление данных по неземской, Киевской губернии с тремя земскими изображено в таблице, составленной Д. Н. Жбанковым, и особых пояснений не требует.

Единственный вывод, который можно сделать из этих «сравнительных данных» тот, что в земских губерниях медицинское дело поставлено лучше, чем в неземских, что в сущности и не требовало доказательств.

---

[1] Д. Н. Жбанков. «Несколько сравнительных данных о земской и сельской медицине».

Организация родильной помощи в городах, после введения городского самоуправления (1864—1917 гг.)

Введение самоуправления в городах бывшей царской империи было одним из последних актов так называемой «эпохи великих реформ». Над реформой городского самоуправления много мудрили, оспаривая каждую деталь закона, даже относительно самого наименования общественно-хозяйственного органа, которому правительство намеревалось доверить попечение о благоустройстве городов.

В результате, ни по своему содержанию, ни по форме, положение о самоуправлении городов не представляет собой аналогии с «положением о земских учреждениях» 1864 года.

В 60 годах после поражения в Восточной войне напуганное массовыми крестьянскими «бунтами», ослабленное в России самодержавие оказалось вынужденным провести крестьянскую реформу и дать некое подобие «самоуправления» городам (вернее городской буржуазии). Городовое Положение было утверждено Александром II 16 июля 1870 года, а фактически введено в 1872 году.

Статья I Городового Положения формулирует следующим образом сущность и объем «самоуправления»: «попечение и распоряжение по городскому хозяйству и благоустройству предоставляется Городскому Общественному Управлению, а надзор за законным сего исполнением—губернатору на точном основании правил настоящего Положения».

Мы уже видели, к какому ограничению принципа самоуправления привела опека губернаторов в области земского дела, — превратив шаг за шагом земства в почти бесправный орган. Б свою очередь и Городовое Положение 1872 года проводило присущую самодержавию политику — постепенно лишать общество тех небольших прав, которые оно вырвало из рук правящей бюрократии в эпоху освободительного подъема. Согласно этому Положению, для участия в выборах гласных требовался высокий имущественный ценз. Поэтому избирали и избирались в городские думы крупные купцы, фабри-

Таблица 4

Сравнительная таблица о состоянии земской и сельской медицины
(по данным Д. Н. Жбанкова)

	Во всех 12 неземских губерниях	Во всех 34 земских губерниях	В неземской Киевской губернии	В соседних с Киевской земских губерниях		
				Полтавской	Херсонской	Черниговской
Пространство в кв. в.	1 525 985	2 489 420	44 777	43 844	62 213	46 042
Население	20 362 275	66 024 139	3 264 112	2 983 699	1 896 341	2 299 870
Число участков	201	1 547	25	80	58	78
Число фельдшерских пунктов	1 136	2 572	201	156	53	128
Один врачебный участок на число кв. в.	7 630	1 590	1 790	548	1 070	590
Один врачебный участок на число женщин	101 800	42 060	130 000	37 300	32 700	29 200
На один врач. уч. фельдшерских пунктов	5,6	1,6	8,0	2,0	0,9	1,5
Число кроватей в больницах	85 320	811 840	2 212	1 419	3 068	1 144
Число обращавшихся к врачебной помощи	3 244 363	21 191 125	533 293	908 329	597 482	685 630
Число лечившихся в больницах	95 982	811 840	13 196	17 192	19 872	12 278
На 1000 населения приходится: Кроватей в больницах	4,2	8,0	6,8	5,0	16,1	5,0
На 1000 населения приходится: Обращавшихся к врачебной помощи	1 594	3 210	1 636	3 050	3 161	3 000
На 1000 населения приходится: Лечившихся в больницах	47	123	40	58	105	54
Расход по медчасти	3 384 610	22 477 214	978 324	805 788	600 354	521 774
Расход на 1 жителя в коп.	16,6	34,0	30,0	27,0	31,6	22,7
Расход на 1 больного в рублях	1,05	1,06	1,88	0,89	1,00	0,76

канты и заводчики, домовладельцы, т. е. городская буржуазия.

Родовспоможение находилось в крайне запущенном состоянии даже в столицах. Городское самоуправление Петербурга не интересовалось этим вопросом до 70-годов прошлого столетия, пока огромная вспышка эпидемии родильной горячки в 1868 году, от которой погибло около 20% всех рожениц, не заставила «отцов города» уделить хоть немного внимания организации родильной помощи населению столицы. К стыду городской «общественной» медицины следует отметить, что инициатива в этом отношении исходила от Петербургского полицмейстера. М. Кривошеин[1] сообщает следующие данные о состоянии родильной помощи в Петербурге в 1868 году. Всего насчитывалось в столице 125 родильных коек, в том числе 63 в Надеждинском родовспомогательном заведении, 38 — в Еленинском повивальном институте, 10 — при Калинкинской больнице (для венерических больных) и 12 — в акушерской клинике при Втором военно-сухопутном госпитале. Всего в 1867 году в эти учреждения поступила 3431 роженица.

По данным С. А. Новосельского, в 1869 году число жителей по переписи составляло 667 207 человек (без пригородов). Чтобы обеспечить население родильной помощью по нормам настоящего времени, потребовалось бы (принимая рождаемость в Петербурге равной 27 на тысячу), примерно, 600 коек, т. е. почти в пять раз больше наличного их числа.

Эпидемия родильной горячки, о которой мы говорили, вызвала тревогу даже в полицейских кругах; по предложению санитарной комиссии при обер-полицмейстере Городская Дума постановила в 1868 году, «в виде экстренной меры» устроить четыре родильных приюта. Они были открыты при городских полицейских домах — Коломенском, Рождественском, Василеостровском и Петербургском. Каждый приют был рассчитан на три кровати с отдельной комнатой для родов. С этого времени и было положено начало системе небольших родильных приютов в С.-Петербурге.

---

[1] М. Кривошеин. «О призрении рожениц в городских родильных приютах». СПб, Диссертация.

Наплыв в родильные приюты при полицейских домах был так велик, что «роженицы сплошь и рядом разрешались от бремени в полицейских будках, во дворах домов и на улицах, разыскивая свободное место в одном из четырех названных родовспомогательных заведений»[1]. В 1875 году таких приютов было одиннадцать.

Петербург настойчиво держался системы организации мелких родильных приютов, которая удержалась вплоть до Октябрьской революции. Эти приюты устраивались в обыкновенных мало приспособленных квартирах. Заведывали ими и принимали роды акушерки. Врач вызывался только в случаях патологических родов. Среди врачей были и высококвалифицированные специалисты, как например, проф. В. В. Строганов, Парышев, Желтухин и другие. Но это обстоятельство ни в какой мере не могло компенсировать порочность принятой в Петербурге системы карликовых приютов. Эти учреждения даже не заслуживали названия приютов — их скорее можно назвать «убежищами» для рожениц.

Несмотря на явную несообразность существования таких убогих учреждений в Петербурге, система эта находила ярых и убежденных защитников. Среди них был и петербургский акушер О. фон Грюневальд, выступивший по этому вопросу в печати.

Он приписывал подобным мелким «убежищам» «гуманитарное и научное значение. Задача их, с одной стороны, спасти роженицу от опасностей, связанных с высокой смертностью в родильных домах, с другой — дать бедному населению возможность получить необходимый уход и прибежище во время родов и в послеродовом состоянии».

В 1883 году Петербургское городское самоуправление приняло решение несколько укрупнить эти родильные приюты, развернуть в них больше трех коек, расположить их поблизости от крупных родильных домов и прикрепить к последним, превратив приюты в «филиалы» более крупных стационаров.

В таких приютах должны были проводиться только физиологические роды, рожениц с осложненным и непра-

---

[1] Кривошеин «О призрении рожениц в городских родильных приютах». СПб. Диссертация.

вильным течением родов предполагалось направлять в родильный дом. Это уже было небольшим шагом вперед, хотя и не меняло существа дела.

Научное обоснование целесообразности устройства мелких приютов потерпело поражение после того, как работы Макса Боера и Винкеля показали, что «маленькие эпидемии, которые встречаются в практике отдельных акушерок и врачей, похищают относительно не меньше жертв, чем самые убийственные эпидемии в палатах отдельных родильных домов и, что при соблюдении принципов антисептического ведения родов, даже при наиболее неблагоприятных, мыслимых в наших условиях, не должна быть выше в крупных учреждениях, чем в маленьких и в частной практике...».

М. Кривошеин в своей диссертации справедливо замечает, что «в данное время эпидемия родильной горячки послужит только дурной аттестацией того родовспомогательного заведения, где она появится...».

Роды на улицах, как это описывает М. Кривошеин в своей диссертации, тоже не составляли редкости. Особенно обеспокоил столичную полицию, с точки зрения «благочиния» следующий случай.

«... в декабре 1867 года женщина, с 2-мя отказными билетами, родила на Невском проспекте, около Аничкова моста, и потом продолжительно лечилась от последствий родов в Обуховской больнице»[1].

При таком положении Городская Дума и признала полезным (в декабре 1868 года) отпустить на содержание четырех родильных приютов 5760 рублей и на их устройство 1 400 рублей. Указанные родильные приюты были открыты в августе 1869 года в городских полицейских домах (см. выше).

Тогда же были установлены для родильных приютов «временные правила» из 35 пунктов — количество их само по себе свидетельствует о том, что правила составлялись детально — «на всякий случай жизни». Мы остановимся лишь на нескольких из них — важных в организационном отношении или особенно колоритных.

п. 3. «Приюты состоят в заведывании полицейских

---

[1] «Призрение недостаточных рожениц, нуждающихся в общедоступной помощи». Изд. Городской Думы, СПб, стр. 2, 1887.

акушерок, особо назначаемых к этой обязанности по распоряжению обер-полицмейстера».

п. 4. «Ближайший надзор за приютами и непрерывное попечение о больных роженицах возлагаются на местных, в частях полицейских, повивальных бабок, которым отводится в самых приютах и помещение».

п. 8. «Состоящим при приютах повивальным бабкам дозволяется иметь по одной постоянной помощнице из вольно-практикующих акушерок...».

п. 12. « В родильные приюты принимаются во всякое время дня и ночи беременные женщины, как замужние, так и незамужние, без различия сословий и вероисповедания, если они не имеют ни удобного места для разрешения от бремени у себя на дому, ни средств на необходимое им в этом случае пособие. От них не требуется при поступлении в приют видов и паспортов...».

п. 14. «Роженицы принимаются в приют только при признаках начинающихся уже родов. Прием беременных... допускается... только в случаях, когда они подверглись опасным болезненным припадкам, как то: судорогам, кровотечению и т. п. Но и в этих случаях больные беременные женщины оставляются в приютах на короткое лишь время, для первоначального им пособия. По восстановлении сил они выписываются из приюта на свои квартиры или отсылаются в городские больницы для дальнейшего пользования, если того пожелают».

п. 17. «В случае недостатка свободных мест в приюте, прибывшие в одно время женщины принимаются по жребию».

п. 18. «Если не поступившая в приют, за неимением свободных мест, роженица находится в опасном положении, то она в сопровождении прислужницы приюта переводится в другой приют, где есть свободные места для ее помещения, о чем делается предварительная справка по телеграфу».

п. 20. «Всякая родильница имеет право оставить приют спустя несколько часов после разрешения от бремени (не менее 6-ти часов), если это может быть допущено без вреда для ее здоровья...».

п. 22. «Родильницам, заболевшим вследствие травматических повреждений во время родов, или операций (повреждение наружных половых частей, промежности

и т. п.) подается в приюте только первоначальное пособие. Затем, если они имеют возможность лечиться на дому, их переводят на квартиры, а не имеющие приюта отсылаются в городские больницы».

В п. п. 12, 20 и 22 правил сугубо подчеркивается принцип, что родильные приюты назначаются только для здоровых рожениц, у которых ожидаются правильные роды. О каких «городских больницах» идет речь — если в распоряжении городской Думы не было родильных кроватей — не совсем ясно.

К 1875 году в Петербурге было, кроме четырех родильных приютов, содержащихся на городской счет, еще семь аналогичных учреждений, устроенных на средства, пожертвованные частными лицами. В 1876 году, когда приток пожертвований прекратился и приюты стояли перед угрозой закрытия, обер-полицмейстер вновь поднимает вопрос об устройстве родильной помощи в городе и просит Думу принять на содержание пять добавочных приютов, а всего отпускать на девять приютов 13060 рублей в год, с чем Городская Дума и согласилась.

На 21 сентября 1882 года «при врачебно-полицейском управлении находятся одиннадцать родильных приютов, из которых десять содержатся на средства города и один (с 1875 года) на частные средства доктора Грюневальда...» [1].

Справедливость требует признать, что «временные правила» для приютов были составлены довольно либерально врачами санитарной комиссии при петербургском обер-полицмейстере, заинтересованной к тому же прежде всего в сохранении внешнего полицейского порядка.

«В заседании Думы 22 сентября 1882 года по поводу случая уличных родов у ворот родовспомогательного дома, на Надеждинской улице, возбужден был вопрос о недостаточности существующих родильных приютов...» [2]. Как водится, была избрана особая подкомиссия (из состава членов Комиссии общественного здравия), на которую был возложен осмотр городских родильных приютов и повивального института с целью, на основании факти-

---

[1] «Призрение недостаточных рожениц, нуждающихся в общедоступной помощи». Изд. Городской Думы. СПб. стр. 2. 1887.

[2] Там же.

ческих данных, определить: в каком из приютов возможно увеличение числа кроватей для рожениц.

В представленном от имени Подкомиссии «мнении» доктор Г. И. Архангельский излагает ряд соображений о надлежащей организации для призрения недостаточных рожениц, которые и были предметом обсуждения Городской Думы 16 марта 1883 года.

Мы приведем здесь наиболее важные из констатаций и выводов Г. И. Архангельского.

«Городские родильные приюты, как помещающиеся в наемных квартирах, так и в полицейских домах, представляют, в сущности, небольшую частную квартиру акушерки (разрядка наша— *М. Л.*), где две небольшие комнаты отведены для призрения рожениц...»[1].

Могут ли родильные приюты считаться соответствующими для производства патологических родов? На этот вопрос каждый ответит — нет [2]. Производить тяжелые акушерские операции при неприспособленной для этого обстановке, где ассистентами являются акушерка, кухарка и рассыльный... чуть ли не на глазах других родильниц... — допускать это, значило бы превращать родильный приют в какой-то вертеп [3].

В своих выводах А. И. Архангельский далеко не так категоричен, как в своей жесткой (и справедливой) критике. Он предлагает иметь родовспомогательные заведения следующих трех категорий:

1. Центральные родильные дома, которые должны быть вполне приспособлены для принятия рожениц, у которых предвидится ненормальный или трудный ход родов. Строить новые родильные дома этого типа докладчик не предлагает, так как существующих родильных домов (из которых ни один не является городским учреждением) «надолго будет достаточно для призрения всех рожениц, для которых необходимо помещение в такого рода учреждениях» [4].

---

[1] «Призрение недостаточных рожениц, нуждающихся в общедоступной помощи». Изд. Городской Думы. СПб., стр. 2, 1887.

[2] Там же.

[3] Там же.

[4] Там же, стр. 19

Родильные приюты, как постоянные учреждения тоже необходимы. Они мыслятся, как филиалы центральных родильных домов. «Прямою целью устройства таких родильных приютов должно быть предоставление убежища для одних только здоровых рожениц. Патологические роды должны быть в таких приютах исключением и допускаться лишь в силу крайней необходимости»[1].

«Родильные приюты, как временные учреждения», т. е. существующего типа «составляют также необходимые дополнительные учреждения, вызываемые потребностью увеличивающегося женского населения столицы. Без таких временных приютов обойтись едва-ли возможно, если не имеется средств постоянно устраивать новые родильные дома... В прежнее время, при плохом устройстве центральных родильных домов... закрытие родильных домов, по случаю появления в них эпидемии родильной горячки, вызывало необходимость открытия временных приютов, что составляло единственную меру для предотвращения ужасного положения рожениц». Практических результатов работы Подкомиссии не дали, но как и следовало ожидать, привели 31 марта 1883 года к созданию новой комиссии, в которой принимали участие наиболее авторитетные врачи, как И. Ф. Баландин, И. В. Бергенсон, И. М. Тарновский, В. И. Штольц — кончая главой Петербургской Акушерской школы, проф. А. Я. Крассовским. Комиссия высказывала мнение о «необходимости расширения некоторых городских родильных приютов до 6 кроватей и об открытии новых приютов...»[2].

В конечном итоге, пройдя через ряд новых комиссий и совещаний, вся эта бюрократическая суматоха кончилась тем, что гора родила мышь: на 5 июля город имел девять трех- и два шестикроватных приюта (включая существовавшие до сего времени приюты)[3].

Все эти учреждения перешли от санитарной комиссии Петербурского обер-полицмейстера в ведение городского Управления. На это можно было бы смотреть, как на из-

---

[1] «Призрение недостаточных рожениц, нуждающихся в общедоступной помощи». Изд. городской Думы, СПб, стр. 22, 1887.

[2] Там же, стр. 2.

[3] Там же, стр. 44

вестный успех, если бы, в силу пункта десятого нового варианта «временных правил», утвержденных 1 июля 1883 года «Комиссией общественного здравия» Городского Общественного Управления заведывание родильными приютами не было изъято из рук врачей. Приводим этот пункт, навеянный, очевидно, стремлениями к ограничению самостоятельности врачей:

«Ближайшее заведывание родильными приютами поручается особо избранным из среды Комиссии общественного здравия попечителям, составляющим особый отдел Комиссии под председательством одного из членов по выбору. В этой подкомиссии участвуют и врачи родильных приютов с правом совещательного голоса (разрядка наша — *М. Л.*) [1].

Каковы же были итоги деятельности Петербургской Городской Думы за время с 22 сентября 1882 года по май 1885 года [2], т. е. за два с половиной года, в деле расширения числа коек для несостоятельных рожениц?

В 1882 году число приютов составляло 11, имевших в совокупности 33 кровати. К 1885 году остались те же 11 родильных приютов и только количество коек в них достигло 39. Таким образом, за три года «деятельности» Городская Дума увеличила количество коек в родильных приютах на шесть единиц. Условия работы родильных приютов были несколько улучшены, так как некоторые из них были переведены в новые наемные помещения.

Здание городских родовспомогательных учреждений столицы было увенчано назначением восьми попечителей на 11 приютов.

Следует заметить, что опыт деятельности маленьких приютов, предназначенных исключительно для здоровых рожениц, не оправдывает упорства, с которым Петербургская Городская Дума держалась учреждений этого типа. Так, за первые семь лет (с 1869 по 1876 год) материнская смертность составляла 0,42%, за время с 1877 года по 1885 (за исключением 1882 года, о котором сведения не сохранились, т. е. за восемь лет) — смертность уменьшилась до 0,37%. Такую смертность

---

[1] «Призрение недостаточных рожениц, нуждающихся в общедоступной помощи». Изд. городской Думы. СПб. стр. 39, 1887.

[2] Время, когда фактически вступили в строй два шестикратных приюта.

среди здоровых женщин следует считать колоссальной. За время с 1883 по 1885 год, т. е. с тех пор, как родильные приюты превратились в филиалы родильных домов и можно было патологические случаи немедленно направлять в последние — материнская смертность снизилась до 0,2%, т. е. до наивысшей границы допустимой летальности.

Петербургское акушерско-гинекологическое общество занимало в этом важнейшем вопросе не просто консервативную, а самую пассивную позицию — в противоположность московскому. Мы берем на себя смелость утверждать, что именно на Петербургском обществе лежит значительная доля вины за неурядицу в деле организации акушерской помощи населению столицы.

В «Кратком критическом обзоре деятельности Петербургского Акушерско-гинекологического общества за первые 25 лет его существования», доложенном секретарем его, доктором Л. Г. Личкусом 18 января 1911 года[1], мы можем почерпнуть много поучительного о научной деятельности Общества — и ровно ничего не узнаем об его участии в деле практической организации родильной помощи широким массам населения. Только из доклада Г. Е. Рейна «Об организации родовспоможения в России» и Н. И. Рачинского на ту же тему в 1906 году мы узнаем об участии Общества в организации родовспоможения в Петербурге.

Критический обзор деятельности Общества, сделанный Л. Г. Личкусом — одним из виднейших и образованнейших специалистов С.-Петербурга — относится исключительно к сравнительной оценке научных достижений в области акушерства и гинекологии, как они отразились в научных трудах Общества в различные периоды его 25-летнего существования. Более значительного примера полного отрыва теории от практики нельзя себе представить. Ниже мы приводим заключительную часть доклада Л. Г. Личкуса (с небольшими сокращениями) и некоторые из высказанных в прениях мыслей[2].

---

[1] Л. Г. Личкус. «Краткий критический обзор деятельности С.-Петербургского акушерско-гинекологического общества за первые 25 лет его существования». Журнал акушерства и женских болезней, т. XXVI, № 3, стр. 391—442.

[2] Там же, стр. 305—306.

«1) Считая существующую систему приютов вполне целесообразной и удовлетворяющей преследуемой ими задаче, комиссия находит прежде всего необходимым увеличить число их в различных частях города, соответственно густоте населения. 2) Желая распределить акушерскую помощь, по возможности, равномерно в различных частях города и тем приблизить ее к населению, Комиссия считает необходимым безотлагательное устройство преимущественно небольших приютов, примерно на 10 кроватей, с ежегодным числом родов в них не более 800... 3) Комиссия считает желательным, чтобы в каждом из приютов было по 2 врача, причем, по крайней мере, один из них должен жить в приюте. 4) Приюты, по преследуемой ими цели и согласно имеющейся для них инструкции, должны удовлетворять главным образом нуждам здоровых рожениц... 5) Комиссия находит желательным на первое время устройство, по крайней мере, одного большого центрального родильного дома, в котором находили бы приют патологические роженицы и родильницы, а также и беременные...».

По существу говоря, Комиссия одобрила систему родильных приютов, предназначенных для здоровых женщин, вопреки отрицательным итогам их деятельности. Все остальные пожелания заранее были обречены на неудачу — им суждено было остаться «благими пожеланиями». Но даже эта скромная программа встретила возражения в прениях.

Г. Е. Рейн, заключая прения, высказался в том смысле, что «предлагая обзавестись в приюте вторым врачом, Комиссия не думает, что этим будут устранены все затруднения; но что они будут уменьшены, по крайней мере вдвое, — не подлежит сомнению. В ученом обществе едва ли может быть спорным, что к ведению родов должны быть привлечены и врачи...». «Предлагая далее план организации акушерской помощи, нельзя не подчеркнуть, что по задачам своей деятельности родильные приюты и родильные дома не однородны»[1].

Таким образом, мы видим, что целый ряд видных

[1] Л. Г. Личкус. «Краткий критический обзор деятельности С.-Петербургского акушерско-гинекологического общества за первые 25 лет его существования». Журнал акушерства и женских болезней. т. XXVI. № 3. стр. 313—314.

акушеров высказался в прениях против приглашения второго врача в приюты, а также против устройства одного большого центрального родильного дома. Тем не менее, заключение было принято единогласно, за исключением спорных 4-го и 6-го пунктов, принятых простым большинством.

Заметим, что в Петербурге насчитывалось по переписи 1910 года, вместе с пригородами 1905589 человек. Исходя из заведомо заниженных норм того времени, для охвата населения родильной помощью потребовалось бы, примерно, 1 100 кроватей, вместо существовавших 250. Следовательно, значительная часть здоровых рожениц из состава наиболее бедного населения обрекалась на бесприютность во время родов.

Таковы были в области родовспоможения итоги деятельности самоуправления столицы в царской России почти за полвека его существования.

Врачебная общественность города Москвы, не в пример Петербургу, приняла активное участие в деле организации родильной помощи городскому населению и сумела повлиять в желательном для нее направлении на Московскую Городскую Управу.

В противоположность петербургским акушерам, московские были сторонниками более крупных родовспомогательных учреждений. Таким образом, в истории организации родовспоможения возникли и вплоть до Октябрьской революции сохранились два антагонистических направления, получивших наименование «петербургской» и «московской» систем.

Следует, однако, заметить, что в литературе, в том числе и в известном труде В. П. Лебедевой[1], вопрос этот освещается недостаточно полно. Так, по свидетельству В. И. Гребенщикова[2], на которого ссылается и В. П. Лебедева, в Москве еще в 1892 году существовало семь городских родильных приютов, имевших общим числом 47 кроватей, т. е. эти учреждения были маленькие (в среднем на 7 коек каждый), хотя и превышали размеры аналогичных петербургских заведений. Более

[1] В. П. Лебедева. «Охрана Материнства и Младенчества в стране Советов», М.—Л., стр. 76—77, 1934.

[2] В. И. Гребенщиков. «Больницы гражданского ведомства в Российской империи», СПб, 1892.

крупные учреждения, о которых будет речь в дальнейшем, появляются в Москве несколько позднее — в начале XX столетия. Вопрос этот заслуживает того, чтобы остановиться на нем несколько подробнее[1].

Помощь в самостоятельных городских приютах (бесплатная) оказывалась при нормальных родах, так как приюты не были приспособлены для производства операций. Патологические или осложненные случаи, в которых предвиделась возможность активного вмешательства, направлялись в более крупные отделения при больницах. Первоначально персонал мелких самостоятельных родильных приютов состоял только из акушерок, которые несли на себе всю ответственность за дело, в том числе и за своевременное и правильное направление рожениц в больницы. Наплыв в эти приюты был огромный, что свидетельствует о назревшей потребности у московского неимущего населения в стационарной акушерской помощи. Средний срок пребывания родильниц на койках, вследствие перегрузки приютов, был весьма короткий: по данным за 1897 год во 2, 3, 4, 6 и 8-м приютах женщины выписывались через трое суток (включая время родового акта); в 1, 5, 7-м и в приюте при Старо-Екатерининской больнице — через четверо суток, при Бахрушинской — через четыре с половиной. В течение трех лет — с 1895 по 1897 год на 25 418 обращений было 4 867 отказов в приеме, т. е. 13,1%. В 1897 году на 8 970 рожениц, принятых в десять акушерских учреждений, было 88 уличных родов, т. е. около 1%. Надо удивляться, что их не было больше, так как роженицы «не залеживались» в приютах перед наступлением родов. Так, по данным Старо-Екатерининской и Бахрушинской больниц за 1897 год около 6% разрешившихся провели в учреждении до родов менее пяти минут. Простая случайность, что эти женщины тоже не родили на улице.

Городская Управа лишь в 1892 году, т. е. через 12 лет после учреждения первого самостоятельного родильного приюта, постановила пригласить по одному врачу-акушеру на каждый из них. Эти врачи несли, вне рабочего времени, дежурства по-очереди у себя на-дому («на

[1] М. Ф. Леви. «Пути и достижения Московского городского родовспоможения». Оттиск «Московский Медицинский журнал», 1927.

телефоне») и, в случае нужды, вызывались в тот или другой приют.

Все описанные недостатки в постановке акушерской помощи в Москве не могли не вызвать к себе критического отношения, в особенности со стороны врачей, работавших в штате городских родильных приютов. Участие акушерской общественности в реорганизации дела родовспоможения восходит к 1897 году, когда группа врачей (К. А. Мусатов, В. И. Осипов, А. Н. Рахманов, Н. А. Сеткин и Ф. Ф. Фагонский) подала 20 ноября в Городскую Управу докладную записку, в которой были указаны недостатки существующей системы родовспоможения с проектом реорганизации ее. Центр тяжести проекта состоял в предложении укрупнить приюты по крайней мере до 20 коек с тем, чтобы в них можно было проводить не только физиологические, но и патологические, в частности оперативные роды. Таким образом, идея «крупных» акушерских приютов получила впервое свое конкретное «оформление» лишь в 1897 году[1]. Для рассмотрения докладной записки Врачебным советом была назначена специальная Комиссия, в состав которой вошли главные врачи трех больниц, при которых были родильные отделения (или приюты), А. И. Поспелов, Л. К. Пфель и У. Д. Сарычев, старший врач полиции В. А. Флоринский и санитарный врач Н. Г. Клементьев и — ни одного акушера, что так характерно для дореволюционной России.

Комиссия пришла к выводу, что постановка дела в родильных приютах неудовлетворительна, противоречит современным требованиям медицины и гигиены и предложила заменить существующие приюты шестью более крупными на 25 коек каждый, в которых можно было бы оказать акушерскую помощь не только в нормальных, но и в трудных оперативных случаях.

Однако Врачебный совет высказался все же за сохранение существующего типа небольших приютов, мотивируя свое решение тем, что учреждение ограниченного числа более крупных приютов, увеличив расстояние между ними, создало бы затруднение для населения.

---

[1] М. Ф. Леви. «Пути и достижения Московского городского родовспоможения». Оттиск «Московский Медицинский журнал», стр. 122, 1927.

Вместе с тем было постановлено устроить два крупных приюта по 25 коек, согласно предложению Комиссии [1].

Принципиального значения спор между Петербургом и Москвой о том, какой тип родильного приюта заслуживает предпочтения: «мелкий» — на 3—5 кроватей, «маленький» — на 8—9 кроватей или «крупный» — на 20—25 кроватей, не имел, ибо в нашем представлении с именем «большого» родовспомогательного учреждения ассоциируются совершенно иные масштабы, а главное — санитарные требования и нормы [2].

Но ведь в этом споре кардинальным является не столько вопрос о числе коек, сколько страх перед родильной горячкой, который, очевидно, еще не был «пройденным этапом» даже для многих образованных врачей-акушеров. Страх перед эпидемиями родильной горячки и был основой отрицательного отношения к более крупным акушерским стационарам.

Вопрос об организации родильной помощи населению г. Москвы настолько овладел вниманием врачебных кругов, что Акушерско-гинекологическое общество при Университетской акушерско-гинекологической клинике ставит его в порядок дня и посвещает ему ряд заседаний, начиная с 1901 года по 1907 [3]. На первом из них (17 января 1901 года) был заслушан ряд сообщений (Г. Л. Грауермана, Н. К. Юрасовского и А. А. Ануфриева) [4]. Г. Л. Грауерман, который по всей справедливости считается основоположником общественного родовспоможения в Москве, сделал сообщение: «К вопросу об организации акушерской помощи в Москве». Анализируя в своем докладе преимущества и недостатки больших и малых приютов, Г. Л. Грауерман оказывает предпочтение более крупным учреждениям, по следующим мотивам:

1) невозможность на практике подразделить приюты на две группы: назначенные только для нормальных родов и назначенные для патологических родов;

---

[1] М. Ф. Леви. «Пути и достижения Московского городского родовспоможения». Оттиск «Московский Медицинский журнал», стр. 123, 1927.

[2] Там же, стр. 129.

[3] «Двадцать пять лет деятельности Акушерско-гинекологического общества», М., 1913.

[4] Труды Акушерско-гинекологического об-ва. состоящего при М.Г.У., за 1901 год. М. 1902.

2) невозможность приспособить малые приюты для оперативной деятельности;

3) отсутствие или недостаток в них врачебного персонала;

4) невозможность вследствие перегрузки малых приютов, своевременно принимать рожениц и выдерживать их хотя бы в течение шести суток.

В связи с этим «32% всех поступивших рожениц разрешается в течение первого часа по поступлении», а с другой стороны, «акушерка, случайно принявшая женщину за 20—30 часов до родов, считает, что совершила грубую ошибку».

Сообщение И. К. Юрасовского отмечает недостатки стационарно-акушерской помощи в Москве. Особенно важно его замечание, что в 1899 году гораздо больше 6 000 родов протекали без всякой акушерской помощи и были, вероятно, предоставлены ведению «профессиональных повитух». Деятельность повитух, по свидетельству докладчика, велика и практике некоторых из них могла бы позавидовать не одна акушерка. Резиденцией повитух были бани, в числе 49, причем при каждых из них состояло не менее 2—3 повитух, которые давали советы беременным, правили животы и ездили по вызову на дом. Услугами их пользовались и более состоятельные слои населения.

Укажу на один интересный штрих, характеризующий условия, в которых проходило совещание: когда один из членов его, А. Н. Рахманов, несколько более критически коснулся порядков, водворившихся в приютах, то другой действительный член Общества, Д. В. Соколовский, в своей реплике предложил «устроить закрытое заседание, чтобы могли высказать замечания и другие заведующие приютами». Очевидно, было основание думать, что они воздерживаются от критики в открытом заседании из опасения репрессий.

В результате докладов и последовавших за ними прений была избрана Комиссия, в которую вошли: Г. Л. Грауерман, Н. К. Юрасовский, А. А. Ануфриев, А. Н. Рахманов, А. Н. Мусатов и Р. А. Соловьев.

Комиссия, избранная Акушерско-гинекологическим обществом, работала в течение почти двух лет под председательством кооптированного ею П. И. Добрынина при

секретаре Г. Л. Грауермане, который был душою всего дела.

Предложения доклада, с редакционными поправками, в основном были приняты Обществом. Занятия Комиссии на этом не прекратились. Окончательное «заключение» увидело свет лишь 17 марта 1904 года.

Итоги этой работы были оформлены в виде заключения, помеченного 17 марта 1904 года[1], которое послужило стимулом для серьезной реорганизации родильной помощи населению г. Москвы.

Заключение составлено в очень гибкой форме, далекой от категорических формулировок, которые были высказаны при обсуждении проекта его в заседаниях Общества. Так, например, во втором пункте заключения сказано, что «Московское Городское Управление, из года в год развивая акушерскую помощь населению, является в настоящее время среди других учреждений, преследующих ту же цель, первым по числу случаев оказываемой им помощи. Частная благотворительность в этом деле умеренна»[2].

Однако факты не оправдывают этого: «в 1900 году из 254 кроватей во всех родовспомогательных учреждениях Москвы на долю Городского Управления приходилось 133 (т. е. около 50% — *М. Л.*), а из 20 612 женщин, воспользовавшихся этими кроватями, на долю города пришлось 12159 или 58,9%»[3]. Следовательно, считать частную благотворительность в этом деле умеренной никак нельзя, тем более, что по состоянию на 17 марта 1904 года, к которому заключение относится, участие частной благотворительности сильно выросло.

В пункте девятом потребность в родильных койках для Москвы, исходя из данных на 1900 год, определяется «не менее 600 кроватей» при наличии 264. Следовательно, потребность удовлетворена всего на 44,0%. Фактическая потребность, конечно, гораздо выше исчисленной, даже если исходить из данных 1900 года, т. е. из числа разрешавшихся в родильных учреждениях с учетом полу-

[1] «Заключение Акушерско-гинекологического общества, состоящего при Императорском Московском Университете, по вопросу об организации акушерской помощи в Москве». М., стр. 1, 1904.

[2] Там же, стр. 1.

[3] Там же, стр. 2

чивших отказы. Исчисление исходит из 360 суток занятости в год, а максимальная занятость составляет 320 койко-дней в году. Таким образом, потребность в койках выразится в 745 коек. Кроме того, вся методика подсчета неправильна, ибо определять потребность в койках следует исходя из тактического числа рождений, а не из суммы поступивших в родильные учреждения и получивших отказы в приеме.

По вопросу о типе родовспомогательного учреждения «Заключение» высказывается тоже далеко не так категорически, как это принято думать, а именно:

Пункт 7. «Единственно рациональный тип родильного приюта такой, который приспособлен для оперативной помощи в виду того, что в большинстве случаев врач не может предсказать, как будут протекать роды, и не возникнут ли в течение этого акта какие-либо опасные случайности и осложнения».

Чрезвычайно любопытны пункты 14 и 15 «Заключения»[1]. В первом из них говорится, что «необходима борьба с повитушеством поднятием просвещения, увеличением в учреждениях числа мест и уничтожением отказов». Из этого следует, что еще в 1904 году в Москве существовало повитушество, притом в таких размерах, что борьба с ним требовала специальных мероприятий.

В 15 пункте содержится «особое мнение» весьма влиятельных членов Общества — Д. Е. Горохова, Д. Л. Черневского и Г. А. Соловьева, которые высказались за необходимость организации акушерской помощи на дому, «так как значительная часть родов в Москве происходит и неизбежно будет происходить именно на дому, как бы ни было обеспечено народонаселение помощью в специальных учреждениях». Очевидно, что в данном случае речь идет не о состоятельных людях, которые в состоянии приглашать к себе на дом врачей по собственному выбору и, следовательно, не нуждаются в организованной акушерской помощи на дому. Помощь акушерки на дому рассматривалась, как нужная для средних классов и для бедноты, являясь одной из дополнительных мер в борьбе с повитушеством. Тем не менее, следует

[1] «Заключение Акушерско-гинекологического общества, состоящего при Императорском Московском Университете, по вопросу об организации акушерской помощи в Москве». М., стр. 5, 1904.

признать, что врачебная общественность московских акушеров активно включилась в дело реорганизации акушерской помощи населению города Москвы и, несмотря на тяжелые условия, добилась в этом отношении некоторых успехов.

По данным Санитарно-статистического Бюро Московского Городского Управления, в 1903 году было открыто 12 самостоятельных городских приютов на 133 кровати, т. е. мелкого типа. Сюда не входят добавочные койки при Голицинской больнице. Кроме того, существовало три родильных приюта при больницах — Мясницкой для больных сифилисом (с 1888 года), Старо-Екатерининской (1890 г.) и Бахрушинской (1895 г.), всего на 62 кровати.

В 1902 году от учреждений «малого типа» перешли к постройке специального здания для первого более крупного учреждения — родильного приюта при Бахрушинской больнице на 32 койки, с постоянным дежурством врачей. В 1905 году был расширен родильный приют при Старо-Екатерининской больнице от 7 до 26 кроватей, а с присоединением к нему филиала — родильного приюта им. Якубовского — до 56 кроватей, где тоже были установлены постоянные дежурства врачей. Параллельно с этим продолжали существовать маленькие и мелкие приюты. Таким образом, к принципу строительства крупных родовспомогательных учреждений—родильных домов, как они были затем названы официально, Москва перешла лишь в 1902 году.

Наконец, в 1907 году был открыт родильный дом им. С. В. Лепехина. Постепенно мелкие родильные приюты стали закрываться. В 1910 году Московское Городское Управление располагало 521 кроватью, из них 235 — в четырех родильных домах, 232 — в шести самостоятельных родильных приютах и 4 — при Мясницкой больнице (для рожениц, больных сифилисом). Заметим, что все 4 родильных дома были построены на средства частной благотворительности, как и один из больших родильных приютов (шестой).

В прилагаемой таблице содержатся краткие сведения о динамике роста сети и некоторых важнейших показателей родовспоможения, приведенных по пятилетним периодам. Последняя строка, относящаяся к 1915 году,

приписана нами, а также третья графа (прирост коек).

Данные седьмой графы за 1910 год требуют существенной поправки: в этом году в Москве, согласно отчету Главного врачебного инспектора, родилось 53 812 детей, следовательно, в лучшем случае охват равен 58,0% (а не около 60,0). Если учесть количество мертворожденных, а также число рожениц, поступивших из пригородов и ближних сел Московской области, то процентное отношение числа родивших в учреждениях к числу рождений должно значительно снизиться, — по меньшей мере на 6—7%, так как число одних мертворождений составляло в то время 4—4,5%.

Из графы третьей таблицы видно, что значительный прирост коек начинается лишь после 1900 года, — очевидно, под влиянием нажима со стороны Акушерско-гинекологического общества, хотя потребность Москвы в стационарах далеко не была удовлетворена.

Таблица 5

Годы	Количество кроватей	Прирост коек за 5 лет	Число обратившихся рожениц	Число принятых рожениц	Процент принятых	Процентное отношение числа принятых к числу всех рожд. в Москве
1880	18	—	301	301	100,0	1,8
1885	24	6	2637	1915	71,0	6,2
1890	45	21	5490	4259	77,6	12,6
1895	86	41	10045	8 14	80,8	26,8
1900	141	55	14649	12159	83,0	34,1
1905	414	273	19844	18021	90,8	46,1
1910	521	107	32629	31269	95,8	около 60,0
1915	560	44	—	—	—	—

Порой быстрого роста количества акушерских стационаров и коек в них в Москве в дореволюционный период было пятилетие с 1900 по 1905 год, когда количество коек увеличивалось в среднем на 33,7% в год. Но ведь это делалось не на средства Городского самоуправления, а на деньги частных «благотворителей». А ведь в этом отношении мы оцениваем деятельность

городских дум, действовавших на основе Положения 1870 года. В общем итоге число родильных коек выросло в течение 35 лет с 13 до 560, или на 311,0%, что составит в среднем около 9,0% в год. Эти далеко недостаточные темпы роста коечной сети в родовспомогательных учреждениях до Октябрьской революции являются ярким показателем классовой природы городских «самоуправлений» и их «заботы» о здоровье народа.

Вслед за С.-Петербургом и Москвой родовспомогательные учреждения появляются и в других городах России. Весьма интересные в историческом отношении сведения содержатся в небольшом труде В. И. Гребенщикова, о котором мы уже говорили. Цифровой материал его, относящийся к 1892 году, красноречиво говорит о том, что земская и городская общественная медицина, государственная центральная и ведомственная медицина, частная и общественная благотворительность и коммерческие лечебницы вольнопрактикующих врачей сделали чрезвычайно мало в деле удовлетворения населения родильной помощью. Приведем некоторые из этих данных.

Родильные дома (и приюты), «наибольшее число которых принадлежит частным лицам, расположены в таких больших городах, как Москва, Петербург, Киев, Одесса, Варшава и др. Вообще, этого рода заведения, как частные, так и правительственные, земские и городские, находятся в губернских городах: из общего числа 147 родильных домов 140 приходится на губернские города и из последнего числа на Петербург, Москву и Варшаву — 111. Кроме того, в 13 губернских городах и в 26 уездных городах и селах имеются при общих больницах родильные отделения с определенным числом кроватей. Не имеется ни родильных домов, ни отделений для рожениц с определенным числом кроватей в Ср. Азии, на Кавказе, кроме Тифлиса, в Сибири, кроме г. Тары, Красноярска, в привислянских губерниях, кроме гг. Варшавы и Люблина и в губерниях Виленской, Витебской, Ковенской, Минской, Оренбургской, Подольской, Воронежской, Екатеринославской, Калужской, Курской, Новгородской, Олонецкой, Орловской, Полтавской, Псковской, Таврической, Тверской, Тульской, Уфимской, Херсонской и Черниговской.

В губернских больницах этих губерний принимаются, однако, родильницы (роженицы — *М. Л.*) в женские отделения, но, как сказано выше, постоянного штата кроватей для них не определено. Общее число всех штатных кроватей для родильниц равняется 1331, причем на приведенные ниже отделения при общих больницах приходится 192 кровати, на С.-Петербург, Москву и Варшаву приходится 787 кроватей, т. е. около 60% всего числа кроватей для родильниц Российской Империи».

Таким образом, подавляющее большинство населения России оставалось без какой-либо акушерской помощи, предоставленное в распоряжение безграмотных «бабок» и знахарей. Это видно из таблицы, которая показывает положение дела в 1892 году.

Приводим в извлечении таблицу В. И. Гребенщикова, характеризующую деятельность части этих учреждений.

Таблица 6

Родильные дома	Число заведений, давших сведения	Число кроватей в них	Число больных	
			стационарных в год	амбулаторных в день
1. Правительственные	11	612	11493	52
2. Земские . .	4	63	1287	5
3. Городские	18	129	6080	4
4. Частных лиц и общественных учреждений . . .	32	104	1149	—
Всего . .	65	779	20009	61

Родильные дома оказали помощь в родах, примерно, 34 200 роженицам. Если принять число родившихся равным около 5 миллионов, то окажется, что всего 0,68% рожениц получили помощь в родильных домах. Число женщин, которым была оказана помощь в родильных

отделениях общих больниц, при ничтожном удельном весе последних в общем фонде родильных кроватей, можно игнорировать. Из таблицы видно, что койка обернулась 47 раз, т. е. 143% по отношению к существующей в настоящее время норме. Это говорит, с одной стороны, о том, что койки родильных учреждений в городах были резко перегружены в ущерб санитарно-гигиеническим требованиям содержания матерей и новорожденных; с другой стороны, свидетельствует о том что обращаемость населения в родильные дома была весьма высока, что население искало бесплатной или дешевой акушерской помощи; городские управления не принимали мер для того, чтобы удовлетворить эту потребность широких масс, т. е. плательщиков налогов и городских сборов, а тем паче развивать ее в интересах оздоровления населения, снижения материнской и детской смертности и т. д.

Перечень родильных домов и приютов, приложенный к работе В. И. Гребенщикова, демонстрирует полное отсутствие планомерности в насаждении акушерской помощи населению России в рассматриваемый период времени. Все было предоставлено случайности, все зависело от некоординированных ведомственных и частновладельческих интересов. Удивляться этому не следует, ибо иное положение дел в капиталистическом обществе и быть не могло, а тем более в России конца прошлого века, с его реакционным самодержавным режимом.

Таким образом, состояние родильной помощи населению в городах б. Российской империи иначе, как плачевным, назвать нельзя. Если исключить обе столицы, несколько университетских городов, в которых было относительное благополучие, при значительном, впрочем, участии в его организации благотворительности и вольных «лечебниц» частных врачей, то в подавляющем большинстве городов, не только уездных, но и губернских, родильная помощь была забытой отраслью медицины, а городские самоуправления в этом отношении почти ничего не сделали.

ЧАСТЬ II

РАЗВИТИЕ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ ПОСЛЕ ВЕЛИКОЙ ОКТЯБРЬСКОЙ СОЦИАЛИСТИЧЕСКОЙ РЕВОЛЮЦИИ ДО 1940 ГОДА

ВВЕДЕНИЕ

Переходя к истории организации родильной помощи населению нашей страны после Великой Октябрьской социалистической революции, мы впервые можем говорить о родовспоможении, как о самостоятельной отрасли здравоохранения.

В какой бы системе оно ни находилось, в зависимости от этапов развития советского здравоохранения и от местных условий, в системе ли охраны материнства и младенчества, или в системе больниц — родовспоможение всегда являлось самостоятельным звеном в общей цепи лечебно-профилактических мероприятий советской медицины. В качестве самостоятельного звена родовспоможение имело, как правило, совершенно самостоятельное или во всяком случае, выделенное из общего аппарата здравоохранения руководство и свою собственную специфическую структуру.

Оно имело свой бюджет, совершенно независимый для самостоятельных родильных домов и выделенный в особую графу для родильных отделений в бюджете больниц.

Наконец, все без исключения родовспомогательные учреждения действовали на основании специально разработанных нормативов и под контролем руководителей местных органов здравоохранения, ведению которых была поручена организация акушерской помощи населению.

Следует, впрочем, заметить, что самостоятельной отраслью здравоохранения родовспоможение стало не сразу, а в процессе длительной практической работы, посте-

пенно освобождаясь от опеки тех отраслей здравоохранения, в недрах которых оно первоначально существовало.

Несмотря на все эти трудности, едва ли какая-нибудь другая отрасль советского здравоохранения — если не считать охраны младенчества — может записать в свой актив такие крупные заслуги и достижения, как родовспоможение. Речь идет не только о беспримерных с первых дней существования Советской власти количественных успехах, не только о создании огромной материальной базы, обеспечивающей возможность охватить всех женщин чадородного возраста в СССР медицинской помощью в родах, но о полной перестройке всей системы оказания родильной помощи населению. Итоги этой перестройки тем замечательней, что «наследство», оставленное нам в этой области здравоохранения старым режимом, было более чем скудно. Советской власти пришлось начать организацию родильной помощи, особенно в деревне, в национальных областях и на так называемых «окраинах» бывшей царской империи, часто совершенно заново, на голом месте. При этом нередко приходилось преодолевать прочно установившиеся традиции, лженаучные «теории» и дореволюционные нормы, тормозившие развитие нашего дела.

Задача полного охвата рожениц, в том числе и на селе, квалифицированной родильной помощью, действительно была неразрешима в условиях царской России и в рамках земской медицинской организации. Совершенно прав был В. К. Бокадоров, показавший, на основании фактического, цифрового материала на VIII Пироговском съезде, что вопрос о сельском родовспоможении «...еще не разрешен и даже пути к его разрешению не совсем ясно намечены».

Правильное разрешение вопроса о приближении родильной, и в частности коечной, помощи к сельскому населению, конечно, нельзя было решить механически — путем сокращения радиуса участка и увеличения сети врачебных коек, или оказывая помощь в родах «мимоходом». Для этого нужно было поставить по-новому всю проблему здравоохранения, в том числе и сельского родовспоможения, что и было сделано Великой Октябрьской социалистической революцией.

Для этого необходимо было установление диктатуры пролетариата, на основе которой оказалось возможным осуществить национализацию частной собственности, уравнять женщин в правах с мужчинами, разрешить национальный вопрос, ввести и утвердить колхозный строй в деревне и увенчать все это здание социалистического строительства Сталинской Конституцией народов СССР.

Если советское здравоохранение быстро и радикально разрешило вопрос о приближении медицинской родильной помощи к массам женского населения, то произошло это, конечно, потому, что оно — в противоположность земской медицине — серьезно и настойчиво стремилось к этой цели. Следует подчеркнуть, что решающую роль в этом отношении сыграла неустанная забота партии, Советского Правительства и лично В. И. Ленина и И. В. Сталина и его ближайшего соратника В. М. Молотова об охране здоровья матери и ребенка.

Рабоче-крестьянское правительство, чуть ли не на следующий день после своего образования, вплотную подошло к вопросу об охране материнства и младенчества, объявив материнство «социальной функцией» женщины и охрану младенчества «прямой обязанностью государства».

Задачи ВКП(б) в области охраны народного здоровья были определены в программе партии на II съезде и получили окончательное оформление на VIII съезде партии. В программе указывалось, что:

«В основу своей деятельности в области охраны народного здоровья ВКП полагает прежде всего проведение широких оздоровительных и санитарных мер, имеющих целью предупреждение развития заболеваний...».

«В соответствии с этим ВКП ставит своей ближайшей задачей:

1) решительное проведение широких санитарных мероприятий в интересах трудящихся, как то: а) оздоровление населенных мест (охрана почвы, воды, воздуха); б) постановка общественного питания на научно-гигиенических началах...

2) Борьбу с социальными болезнями (туберкулезом, венеризмом, алкоголизмом и т. д.).

3) Обеспечение общедоступной, бесплатной и квалифицированной лечебной и лекарственной помощью».

Таким образом, программа ВКП(б) устанавливает основные принципы организации Советского здравоохранения.

Все эти принципы, которые остались простой «декларацией» в рамках земской медицины — превратились в реальный факт в советском здравоохранении. Земская медицина никогда не была общедоступна и бесплатна. В понятие о квалифицированной медицине земские врачи вкладывали свое содержание, разумея под этим обязательно врачебную медицину, а между тем фельдшеризм в земствах процветал.

Советское здравоохранение не ставило перед собой задачи насаждать в сельской медицине всегда и везде исключительно и только врачебную помощь, ибо это было бы нереально. Обслуживание населения фельдшерами и акушерками, при огромных радиусах необъятных просторов нашей страны в течение известного периода времени было совершенно неизбежно. Поэтому было несравненно лучше обеспечить сельское население помощью медицинских работников среднего звена, подняв эту форму лечебно-профилактической помощи на новую высокую ступень, чем оставить его без всякой помощи, предоставив поле действия знахарям и деревенским «бабкам».

Если говорить о родовспоможении, то оказание помощи в родах акушерской, тесно связанной с разъездной системой лечебной помощи (помощь на дому), являлось закономерным, представляя собой неизбежный переходный этап к охвату стационарной родильной помощью населения, которое в царской России совершенно не знало вообще никакой медицинской помощи. Все дело было в том, чтобы помощь на дому не развивалась в ущерб стационарной и, в частности, врачебной помощи.

Если коснуться краеугольного камня, на котором строится советское здравоохранение — принципа профилактической медицины,—то надо признать, что понятие о профилактике не ново и не чуждо и буржуазным странам. Но там в это понятие вкладывается иное содержание. Широкое применение среди буржуазных классов мер «личной» профилактики, проведение общих мероприятий «социальной» профилактики имеет целью обеспечить благоустройство буржуазных кварталов, орга-

низовать борьбу с угрозой распространения эпидемических заболеваний, которые могут угрожать и господствующим классам, заинтересованным исключительно в том, чтобы отгородиться от рабочих кварталов, откуда им грозит опасность.

Более широкие оздоровительные и санитарно-гигиенические мероприятия, проводимые в условиях капиталистического строя, имеют целью не оздоровление труда и быта рабочих, а создание условий, необходимых для организации самого капиталистического производства.

Советское здравоохранение имеет своей задачей «проведение широких санитарных мероприятий в интересах трудящихся». А в этом, конечно, заключается существенная разница.

Советское здравоохранение реализовало задачи, предусмотренные § 25 программы ВКП(б), по всему Советскому Союзу. Нет такого уголка в Советском Союзе, где женщине не была бы обеспечена возможность получить медицинскую помощь в родах. Если прибавить, что задача эта была разрешена в беспримерно короткий срок, то, естественно, возникает вопрос, каковы были особенности или основные рычаги в советской системе родовспоможения, благодаря которым был найден ключ для выполнения этой сложной и трудной задачи?

К числу таких решающих движущих сил мы относим, во-первых, участие широчайших народных масс в строительстве здравоохранения, как в городе, так и в деревне. Благодаря их инициативе и творчеству вопрос об удовлетворении населения медицинской родильной помощью был разрешен. Известная формула «охрана здоровья трудящихся есть дело самих трудящихся» — не осталась лозунгом, а сделалась руководством к действию. Только опираясь на волю трудящихся и их активную помощь, советское здравоохранение успешно справилось с теми задачами, которые были перед ним поставлены.

Роль трудящихся с особенной убедительностью и отчетливостью проявилась при создании силами народа системы колхозных родильных домов. Эта новая форма стационарной родильной помощи в деревне, созданная по творческой инициативе колхозных масс, была правильно оценена партийными, общественными и советскими организациями, которые оказали колхозам необходимую по-

мощь, упрочили и узаконили существование этой системы.

Предпосылкой для этого было, конечно, поднятие культурного уровня колхозных масс, рост их потребностей и благосостояния. Товарищ Сталин указывает, что «Характерная особенность нашей революции состоит в том, что она дала народу не только свободу, но и материальные блага, но и возможность зажиточной и культурной жизни» [1].

Не менее важной силой в деле организации родильной помощи мы считаем наше совершеннейшее социальное законодательство, полностью уравнявшее в правах женщину с мужчиной. В. И. Ленин еще в 1920 году говорил, что «Пролетариат не может добиться полной свободы, не завоевывая полной свободы для женщин» [2].

«...Втянуть женщину в общественно-производительный труд, вырвать ее из «домашнего рабства», освободить ее от подчинения — отупляющего и принижающего — вечной и исключительной обстановки кухни, детской — вот главная задача» [3].

Великая Октябрьская социалистическая революция раскрепостила женщину одним ударом. Из тех законов, которые ставили женщину в положение «подчиненное, в советской республике не осталось камня на камне» (В. И. Ленин). Однако мало дать законы, провозглашающие равенство женщины с мужчиной.

«Равенство по закону не есть еще равенство в жизни. Нам надо, чтобы женщина-работница добилась не только по закону, но и в жизни равенства с мужчиной-работником. Для этого надо, чтобы женщины-работницы все больше и больше участия принимали в управлении общественными предприятиями и в управлении государством.

Управляя, женщины научатся быстро и догонят мужчин» [4].

---

[1] И. В. Сталин «Вопросы ленинизма», изд. 11, стр. 499.
[2] В. И. Ленин. Соч., изд. 3-е, т. XXV, стр. 41, («К женщинам-работницам»).
[3] Там же, стр. 64. «К международному дню работниц».
[4] Там же, изд. 2-е, т. XXV, стр. 40. «К женщинам-работницам»

В своем выступлении к «Международному дню работницы», которое мы приводили выше, В. И. Ленин предупреждал, что борьба за раскрепощение женщины от домашнего рабства будет «длительная, требующая коренной переделки и общественной техники и нравов».

И если советские люди вышли победителями из этой борьбы, то этим они обязаны той коренной ломке старого и построению нового социалистического общества, осуществленного в нашей стране под руководством партии большевиков и великого Сталина. Некоторую роль сыграли и работники сети охраны материнства и младенчества, которые соприкасались повседневно с женщинами в консультациях, в процессе патронажа, в родильных домах, при оказании разъездной родильной помощи на дому, вели среди них неустанную агитационную и пропагандистскую работу. Непосредственной целью этой работы было — привлечь женщин в советские лечебно-профилактические учреждения, приучить их к медицинской помощи при родах.

Конечной задачей своей они ставили — способствовать раскрепощению женщин, освобождению их от гнета вековых суеверий, предрассудков и обычаев, разъяснять значение предоставленных им по закону прав и помогать осуществлению этих прав в жизни. Для проведения такой санитарной и культурно-просветительной работы нужно было любить свое дело, обладать неистощимой энергией, настойчивостью, оптимизмом и, что особенно важно, — житейским тактом.

К чести наших медицинских работников следует сказать, что большинство из них обладало этими драгоценными качествами, благодаря чему они внесли свою долю труда и воли, чтобы вырастить новое поколение советских женщин.

Представитель Наркомздрава Грузинской ССР в следующих словах характеризовал условия, в которых приходилось работать пионерам здравоохранения в менее доступных местностях небольшой Грузии: «достаточно указать на своеобразные вековые традиции» женской доли в Сванетии, Хевсуретии и мусульманских районах для того, чтобы охарактеризовать огромную роль консультаций, совместно с лечебно-профилактическими отрядами

Наркомздрава, вносящими революционное переустройство быта в веками заброшенных провинциях...[1].

Там их ждали «...крестьянин-сван в своих неприступных горах подкарауливавший врага, чтобы совершить кровавую месть» или хевсуры в средневековых доспехах, встретившиеся в смертельной схватке на почве той же кровавой мести...Там, где врач-пионер украдкой, с риском для жизни, оказывал акушерскую помощь изгнанной из дому на все время нечистого периода родов хевсурке, теперь строятся больницы и сельские родильные отделения (в 1930 году)[2].

В своем докладе на VIII Чрезвычайном Всесоюзном съезде Советов (25 ноября 1936 года) «о проекте Конституции Союза ССР» товарищ Сталин говорил: «Составляя проект новой Конституции, Конституционная Комиссия исходила из того, что конституция не должна быть смешиваема с программой... В то время как программа говорит о том, чего еще нет и что должно быть еще добыто и завоевано в будущем, конституция, наоборот, должна говорить о том, что уже есть, что уже добыто и завоевано теперь, в настоящем. Программа касается главным образом будущего, конституция—настоящего...».

«...Таким образом, проект новой Конституции представляет собой итог пройденного пути, итог уже добытых завоеваний»[3].

В соответствии с этим статья 122 Сталинской Конституции Союза Советских Социалистических Республик следующим образом определяет права женщин:

«Женщине в СССР предоставляются равные права с мужчиной во всех областях хозяйственной, государственной, культурной и общественно-политической жизни. Возможность осуществления этих прав женщин обеспечивается предоставлением женщине равного с мужчиной права на труд, оплату труда, отдых, социальное страхование и образование, государственной охраной интересов матери и ребенка, предоставлением женщине при беременностях отпусков с сохранением содержания, широкой сетью родильных домов, детских яслей и садов».

---

[1] Труды I Закавказского съезда гинекологов и акушеров, стр. 349.

[2] Там же, стр. 350.

[3] И. В. Сталин. «Вопросы ленинизма», изд. 11-е, стр. 514—515.

Вовлечение трудящегося населения в строительство здравоохранения с одной стороны, и предоставление женщине равных прав с мужчиной с другой, и создали ту благодатную почву, на которой все специальные особенности, присущие системе советского родовспоможения, пышно расцвели в самый короткий срок.

Советское родовспоможение, составляющее один из элементов государственной охраны интересов матери и ребенка, предусмотренной нашей Конституцией, одно из звеньев в цепи мероприятий, охраняющих их здоровье и жизнь, начинается не в родильном доме, а в консультации. На связи между консультацией и родовспомогательными учреждениями базируется проведение профилактического принципа советского родовспоможения, осуществление которого обеспечивается всей экономической, всей социальной структурой нашего государства. Земская медицина, в силу самой природы классового законодательства самодержавно-помещичьей России, не была в состоянии не только создать профилактическую охрану матери и ребенка, но даже организовать в мало-мальски сносном виде лечебную родильную помощь в деревне.

Наше трудовое законодательство, считаясь с особенностями женского организма, охраняет женский труд в специальных статьях Кодекса законов о труде, что, с точки зрения профилактики женской и в особенности гинекологической заболеваемости, имеет огромное значение для функции деторождения и материнства. Согласно ст. 132 Кодекса, подтвержденной Конституцией 1936 года, все трудящиеся женщины освобождаются от работы до и после родов с сохранением заработка, получаемого ею.

Согласно разделу VII, § 14 Примерного устава сельскохозяйственной артели, принятого Вторым всесоюзным съездом колхозников-ударников и утвержденного Советом Народных Комиссаров Союза ССР и Центральным Комитетом ВКП(б) 17 февраля 1935 года, беременные женщины-колхозницы освобождаются от работы за месяц до родов и на месяц после родов с сохранением за ними содержания на эти два месяца в половинном размере средней выработки ими трудодней.

Профилактическое значение дородового и послеродового или «декретного отпуска», как его называют, несомненно и не требует доказательств. Кроме оплачиваемого отпуска, матери получают и другие виды пособий и пользуются различными преимуществами, на которых, в рамках нашей работы, нет необходимости останавливаться.

При этих условиях советская женщина — пока еще единственная в мире — имеет возможность действительно воспользоваться правом на отдых до и после родов — правом, которое остается неосуществимой мечтой в капиталистических странах, где при родах не сохраняется ни зарплата, ни служба, и она после родов обречена на все ужасы безработицы.

Вторая особенность нашей системы родовспоможения, дающая ей огромные преимущества перед капиталистическими странами, а равным образом, перед земской медициной, состоит в том, что у нас — это система государственная, даже в местном, городском и сельском масштабе. Участие благотворительности или частного капитала в организации родовспоможения совершенно исключено в нашей стране. Удовлетворение потребностей трудящихся в медицинской помощи в капиталистических странах является источником наживы, и там процветает частная практика, частно-владельческие лечебницы, частная химико-фармацевтическая и лекарственная промышленность.

Важной особенностью советского здравоохранения является также то, что оно финансируется, в качестве государственной системы, из средств государственного и местного бюджетов. Участие предприятий в расходах по организации некоторых форм обслуживания работниц, как например, в устройстве яслей на самом производстве, комнат личной гигиены для женщин, носит характер дотаций, общая сумма которых составляет ничтожный процент в бюджете здравоохранения. Наконец, не следует упускать из виду, что наши предприятия сами по себе составляют национальную, государственную собственность. Расходы, вызываемые устройством вышепоименованных видов обслуживания, производятся в интересах работницы и ее ребенка, а не предпринимателя, как это имеет место в странах капитала.

Что касается колхозных родильных домов, то содержание их в значительной степени, а быть может в основном, приходится на долю местного районного бюджета. Оплата акушерки, составляющая большую часть расходного бюджета колхозного родильного дома, производится из средств местных органов здравоохранения. Они же отпускают более или менее значительные суммы, в виде дотаций, на приобретение инструментария, медикаментов и т. д. Колхозы обеспечивают свои родильные дома питанием, коммунальными услугами и оплачивают санитарку трудоднями. Колхозы обязаны предоставить жилое помещение под родильный дом, отремонтировать и приспособить его по назначению, причем 25% связанных с этим расходов тоже берет на себя государство.

Кроме этих материальных расходов, колхозы осуществляют общественный контроль за учреждением: лишь при наличии общественного контроля можно допустить самостоятельную деятельность акушерки. Само собой разумеется, что **медицинская** работа акушерки находится под постоянным контролем органов здравоохранения: участкового врача и райздравотдела.

Советское родовспоможение в действительности оказывает **бесплатно** населению все виды родильной помощи, что является естественным следствием финансирования системы родовспоможения из государственного и местного бюджетов.

Наконец, особенность советской системы родовспоможения заключается в том, что родильная помощь **планируется** в общегосударственном масштабе. В основу планирования родовспоможения положены методика и нормативы, утвержденные Народным Комиссариатом — ныне Министерством Здравоохранения Союза ССР [1]. Все это обеспечивает учреждениям родильной помощи единую структуру, единое руководство и контроль за выполнением плана и однородные методы работы, что в свою очередь создает устойчивость всей системе родовспоможения.

---

[1] См. раздел нашей работы: «Организационно-методические основы советского родовспоможения».

1. ОРГАНИЗАЦИЯ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ ПОСЛЕ ОКТЯБРЬСКОЙ РЕВОЛЮЦИИ ДО ОБРАЗОВАНИЯ НАРОДНОГО КОМИССАРИАТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
(октябрь 1917 г. — июль 1918 г.)

Переходя от общей характеристики системы советского родовспоможения к изложению основных этапов развития его, мы должны указать, что советская медицина, в том числе и родовспоможение, занимая свое определенное и важное место в общем направлении государственного народно-хозяйственного строительства, естественно могли развиваться только в рамках плана, установленного на тот или иной период жизни молодой Советской республики.

С октября 1917 по январь—февраль 1918 года революция сделала огромные успехи — и распространилась с такой быстротой по всей стране, что Ленин характеризовал этот этап, как период «триумфального марша» Советской власти [1]. Однако нельзя было считать положение Советской власти вполне упроченным, пока Россия находилась в состоянии войны с Германией и Австрией.

«Перед рабочим классом и крестьянством встала необходимость пойти на тяжелые условия мира...» [2].

В результате заключения Брестского мира и полученной таким образом передышки Советская власть приступила к развертыванию социалистического строительства. Однако эта передышка продолжалась недолго: наступил длительный период интервенции и гражданской войны, который захватил 1918—1920 годы. Положение страны было тяжелым и усложнялось тем, что одновременно пришлось вести борьбу с эпидемиями. С 1918 по 1921 год все силы медицинских работников были обращены на это дело, главным образом на борьбу с холерой и сыпным тифом.

В первое время своего существования, непосредственно после окончания империалистической войны в период разрухи и гражданской войны, в условиях интервенции—

---

[1] История Всесоюзной Коммунистической Партии (большевиков) стр. 202.

[2] Там же, стр. 206.

родовспоможение развивалось неравномерно. Это объясняется прежде всего тем, что состояние родильной помощи находилось на самых различных ступенях развития в отдельных республиках, областях и краях. Во-вторых, тем, что сельское родовспоможение переживало еще зачаточный период своего существования, за исключением некоторых отдельных губерний РСФСР. В-третьих, тем, что молодое социалистическое государство не обладало ни материальными средствами, ни возможностями приступить одновременно к организации здравоохранения вообще и родильной помощи в частности на всем пространстве огромной страны. «Сначала под особое наблюдение были взяты столичные, губернские города и крупные промышленные центры» (Н. А. Семашко) [1]. В таком направлении развивалась и организация родильной помощи.

Советское государство не обладало в то время достаточными материальными ресурсами, а главное, медицинскими кадрами, чтобы поставить в сельских местностях родовспоможение на тот же высокий уровень, на котором оно ставилось в городах. Тем не менее, все, что было возможно, делалось и для сельского родовспоможения. Вскоре лозунг «лицом к деревне» сыграл решающую роль и в вопросе развития родильной помощи на селе, и она стала быстро прогрессировать.

Нетрудно себе представить, какие препятствия пришлось преодолеть, чтобы мало-мальски организовать работу в первые дни победившей революции. Главным из них было враждебное отношение к новой власти врачей и медицинских организаций.

М. И. Барсуков пишет, что «самой первой советской санитарной ячейкой в Ленинграде (Петрограде — *М. Л.*) явился пролетарский Красный Крест, организовавшийся в Выборгском районе. «Главное Управление Российского Общества Красного Креста, являвшееся в буквальном смысле слова пристанищем обанкротившихся дворян и дам с сомнительной репутацией», заняло резко враждебную позицию к Смольному.

Руководство медицинской частью было на первых по-

---

[1] «Десять лет Октября и советская медицина», Сборник, М., 1927.

рах распылено и сосредоточено в четырех наркоматах: Государственного призрения, Внутренних дел, Путей Сообщения и Просвещения.

С целью объединения руководства делом здравоохранения в Республике Совет Народных Комиссаров принял 24 января 1918 г. декрет, подписанный В. И. Лениным, об учреждении Совета Врачебных Коллегий.

Согласно постановлению Совета Народных Комиссаров:

«1. Медицинские Коллегии всех Народных Комиссариатов образуют Совет Врачебных Коллегий.

2. Совет Врачебных Коллегий является высшим медицинским органом Рабочего и Крестьянского Правительства.

3. Через своего председателя Совет Врачебных Коллегий входит в Совет Народных Комиссаров с правом совещательного голоса».

Одновременно с этим Совет Народных Комиссаров РСФСР постановил упразднить сохранившийся еще со времени Керенского Центральный врачебно-санитарный совет. Мы приводим это замечательное постановление, характеризующее условия, в которых приходилось действовать Советской власти в первые дни ее существования:

«Ввиду того, что Центральный врачебно-санитарный совет, образованный при соглашательском правительстве Керенского, состоит из представителей медицинских организаций — земских, городских и других, стоящих на антисоветской позиции, что названный Совет не признает Советской власти и ее распоряжений, что с учреждением Совета Врачебных Коллегий, объединяющего медицинскую часть всех Народных Комиссариатов, и с образованием на местах врачебно-санитарных отделов при Советах Рабочих, Солдатских и Крестьянских Депутатов Центральный врачебно-санитарный совет утратил свое значение — Совет Народных Комиссаров постановил:

1. Упразднить Центральный врачебно-санитарный совет.

4. При совете Врачебных Коллегий в качестве совещательного органа немедленно учредить Врачебно-санитарный совет из представителей врачебно-санитарных отделов рабочих и солдатских депутатов и от врачебно-

санитарных советов городских и земских самоуправлений, стоящих на платформе Советской власти».

Этот замечательный акт и следует считать оформлением, официальным началом существования советской медицины. Как видно из этого документа, городские и земские самоуправления, стоящие на платформе Советской власти, были допущены к участию в строительстве новой советской медицины.

Дальнейшим этапом формирования Управления медико-санитарным делом следует считать приказ № 7 Народного Комиссариата по Внутренним делам от 10.IV.1918 г.

«1. Для общего руководства и направления деятельности Управления медицинской частью Комиссариата Внутренних дел образовать при означенном Управлении Медицинскую Коллегию.

2. Медицинская Коллегия утверждается в следующем составе: Председатель Коллегии Соловьев Зиновий Петрович, члены Коллегии: Богоцкий Сергей Иустинович, Русаков Иван Васильевич, Вегер Илья Сергеевич, Голубев Александр Павлович, Семашко Николай Александрович, Вейсброд Борис Соломонович, Барсуков Михаил Иванович».

Таким образом, Управлением врачебным делом ведали после Великой Октябрьской Социалистической революции последовательно следующие организации: 1. Врачебно-санитарный отдел Военно-революционного Комитета при Петроградском Совете рабочих и солдатских депутатов. 2. Совет Врачебных Коллегий — междуведомственный орган, при котором был организован Врачебно-санитарный совет, с правом совещательного голоса. 3. Народный Комиссариат Внутренних дел, при котором было образовано 10 апреля 1918 года Управление медицинской частью, которое входило в состав Совета Врачебных Коллегий.

Народный Комиссариат здравоохранения РСФСР в качестве самостоятельного органа управления, в котором было объединено руководство всем медико-санитарным делом в РСФСР, был декретирован постановлением Совета Народных Комиссаров 11 июля 1918 года.

Народным Комиссаром здравоохранения был назначен Н. А. Семашко, заместителем его З. П. Соловьев,

членами Коллегии — П. Г. Дауге, А. П. Голубев, В. М. Бонч-Бруевич и Е. П. Первухин.

Таким образом с 11 июля 1918 года открывается новая страница в истории развития здравоохранения и системы охраны материнства и младенчества, в состав которой входило и родовспоможение.

Отдел по Охране Младенчества был сформирован еще 28 декабря 1917 года, согласно постановлению Наркомата государственного призрения.

Отдел этот был учрежден для разработки вопросов и проведения неотложных мероприятий по охране и обеспечению материнства, как социальной функции женщины и по охране младенчества, как прямой обязанности государства.

По своему содержанию и целеустремленности этот период деятельности Отдела охраны материнства и младенчества может быть назван периодом агитации и пропаганды идей охраны матери и ребенка среди широких масс населения.

Наследие, полученное Советской властью от бывшего царского правительства в области родовспоможения, было более чем скудно. Общее количество родильных коек на территории, вошедшей в состав Союза ССР, составлявшее на 1 января 1914 года — 6824, в итоге первой империалистической войны сократилось к 1 января 1918 года до 5854. Это и был тот исходный фонд, с которого началось строительство советского родовспоможения. При этом в Азербайджанской, Армянской, Таджикской, Казахской и Киргизской ССР не было ни одной родильной койки — ни в городе, ни на селе.

Работа Отдела охраны материнства и младенчества состояла в составлении декретов, разработке инструкций, и положений, созыве различных совещаний, конференций, устройстве курсов организаторов и работниц, как строителей учреждений охраны материнства и младенчества и т. п.

31 января 1918 года было издано постановление Народного Комиссариата государственного призрения, названное «декретом», в котором были сформулированы задачи и перспективы развития охраны материнства и младенчества. Строго говоря, этот декрет пронизанный энтузиазмом и пафосом строительства нового общества,

нельзя даже назвать «декретом». Это был, скорее, пламенный призыв к работникам, трудящимся идейным педагогам, детским врачам, акушеркам — призыв «слить ум и чувства в строительстве нового здания социальной охраны грядущих поколений».

К началу мая 1918 года во главе Отдела была поставлена В. П. Лебедева, которая в течение многих лет оставалась руководителем всех мероприятий в области охраны материнства и младенчества.

В течение мая и июня 1918 года Коллегия с привлечением представителей от ряда общественных и профсоюзных организаций выработала план работ Отдела, структуру учреждений по охране материнства и младенчества и т. д.

Отдел уделял особое внимание организации связи с провинцией. С этой целью был разослан циркуляр № 54 от 21 мая 1918 года и анкета при нем, с целью выяснения состояния учреждений охраны материнства и младенчества. Сведения были получены от 17 губерний. «В общем, дело охраны материнства и младенчества представляло картину безотрадную. Провинция не только не имела учреждений, не имела знакомого с делом персонала, но и самый вопрос об охране матери и ребенка, как государственной задаче, представлялся ей неясным»[1]. В 17 губерниях, приславших ответы на анкету, насчитывалось всего 66 родильных домов, причем число кроватей в них не было установлено.

25 мая 1918 года в Москве состоялся съезд комиссаров социального обеспечения, на котором были приняты положения доклада-инструкции Зав. Отделом В. П. Лебедевой. После съезда дело охраны материнства и младенчества несколько оживилось.

Доклад-инструкция от 25 мая 1918 года содержит после обширной вводной части изложение основных принципов организации дела охраны материнства и младенчества. Во главу угла поставлен вопрос об издании закона «о государственном, т. е. обязательном страховании матерей»[2].

---

[1] Отчет по Отделу охраны материнства и младенчества Наркомсобеса, М. стр. 13, 1919.

[2] Там же, стр. 21. Доклад В. П. Лебедевой.

Далее следует положение об устройстве специальных учреждений «для осуществления охраны и помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным и общих мероприятий, которые должны быть предприняты с той же целью»[1].

В докладе особо отмечается, что «родовспомогательные учреждения — это арена борьбы со знахарством, повитушеством, банными бабками, поверьями, сосками и т. п. навыками русской действительности»[2].

2. ОРГАНИЗАЦИЯ РОДИЛЬНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ СО ВРЕМЕНИ СФОРМИРОВАНИЯ НАРОДНОГО КОМИССАРИАТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР ДО ОКОНЧАНИЯ ГРАЖДАНСКОЙ ВОЙНЫ (до 1921 года)

Тяжелое положение, в котором находилась страна, не помешало развитию строительства во всех отраслях народного хозяйства. Свое место в этом строительстве занимала, конечно, и организация родовспоможения.

В феврале—марте 1919 года были проведены для работниц первые курсы организаторов дела охраны материнства и младенчества в Москве. После окончания курсов слушательницы обратились к В. И. Ленину с просьбой посетить их. Ленин удовлетворил их просьбу и выступил с речью[3].

Он начал свое выступление «с конечной фразы письма слушательниц», говоря, чтобы они сдержали данное слово, создали крепкую армию тыла. Только с помощью женщины, при вдумчивом и сознательном отношении к делу можно укрепить строительство нового общества. При этом он указал на препятствование в предыдущих революциях со стороны несознательной массы женщин.

К этому же периоду времени относится «декларация прав беременной»—объединенный законодательный документ, изданный народными комиссариатами труда, здравоохранения и внутренних дел, опубликованный в № 196.

[1] Отчет по Отделу охраны материнства и младенчества Наркомсобеса. Доклад В. П. Лебедевой, М., стр. 31, 1919.

[2] Там же, стр. 34.

[3] Там же, стр. 25.

9 августа 1920 года состоялось объединенное постановление Наркомздрава и Наркомтруда за № 1350 «Об охране труда женщины».

В описываемый период времени Отдел пережил серьезные организационные трудности. Первоначально Отдел находился, как мы знаем, в составе Наркомата государственного призрения, преобразованного в Народный Комиссариат социального обеспечения. В 1920 году этот Комиссариат слился с Народным Комиссариатом труда в объединенный Наркомтрудсобес, куда и перешел Отдел охраны материнства и младенчества. В скором времени последовало разделение этих двух Комиссариатов, причем страхование материнства было влито, по функциональному признаку, в Наркомтруд, а учреждения по охране материнства и младенчества—в Наркомздрав. При этом разделе цельность организации была нарушена в ущерб делу. Благодаря личному вмешательству В. И. Ленина[1] (который сумел уделить много внимания и этому, сравнительно второстепенному вопросу, несмотря на исключительные трудности, в которых находилась страна, все дело охраны материнства и младенчества было целиком передано в Народный Комиссариат здравоохранения.

Из этого краткого обзора видно, что Отдел охраны материнства и младенчества развил кипучую деятельность в течение 1917—1920 годов. К началу 1919 года Отдел охватил своей деятельностью 28 губерний, где были организованы подотделы охраны материнства и младенчества и начали развертываться учреждения нового типа.

К сожалению, в нашем распоряжении нет сведений о числе открытых в этот период времени родильных коек. В альбоме диаграмм «Десять лет советской медицины», изданном под редакцией Н. А. Семашко, имеются суммарные сведения о росте сети родильных коек с 1923 по 1926 год[2]. Рост сети учреждений, обслуживающих мла-

---

[1] В. П. Лебедева. «Охрана материнства и младенчества в стране Советов», стр. 24.

[2] Н. А. Семашко. «Десять лет советской медицины». Диаграммы Госмедиздат, Москва, 1927.

денчество, свидетельствует об успешном развитии этой стороны дела. Так, число фабричных и районных яслей по РСФСР выросло с 14 в 1913 году до 78 в 1917 году и до 168 в 1920 году; число консультаций — 131 в 1917 году до 579 в 1920 году.

Женских консультаций в рассматриваемый период еще не существовало.

3. ОРГАНИЗАЦИЯ РОДИЛЬНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В ПЕРИОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА (1921—1925 гг.)

«Покончив с войной, Советская страна стала переходить на рельсы мирного хозяйственного строительства. Необходимо было залечить раны, нанесенные войной. Необходимо было восстановить разрушенное народное хозяйство, привести в порядок промышленность, транспорт, сельское хозяйство» [1].

Таково содержание периода, который вошел в историю Советского Государства под названием «восстановительного».

Эти задачи и определяют деятельность советской медицины в период времени с 1921 по 1925 год.

Органы охраны материнства и младенчества имели в рамках советской медицины свои собственные специфические задачи.

В особенности это относится к организации родильной помощи.

Советская медицина получила от городской и земской медицины и от бывшего царского правительства ничтожный фонд родильных коек. Из прилагаемой таблицы видно, как стремительно, из года в год, увеличивался этот фонд после Октябрьской революции.

Общее число коек по селу и городу в бывшей царской империи на территории, вошедшей в состав Советской России, составляло на 1 января 1914 года 6824 койки (табл. 7).

---

[1] История ВКП(б), Краткий курс, стр. 237.

Таблица 7

Число родильных коек с 1914 по 1936 год

Республики	На 1.I				
	1914 г.	1918 г.	1931 г.	1936 г.	1937 г.
РСФСР	5513	4696	23433	33387	41600
УССР	984	879	5291	7626	11191
БССР	87	79	887	1322	1861
Азербайджанская ССР	—	—	—	703	825
Грузинская ССР	177	142	630	441	582
Армянская ССР	—	—	—	181	244
Туркменская ССР	13	11	166	212	282
Узбекская ССР	50	47	730	984	1170
Таджикская ССР	—	—	160	195	226
Казахская ССР	—	—	—	1022	1505
Киргизская ССР	—	—	—	267	305
Всего коек	6824	5854	31297	46340	59792
В том числе:					
в городах	—	—	20419	28489	37614
в сельских местностях	—	—	10878	17851	22178
Железнодорожный транспорт (включен и республ. данные)	—	—	1476	1910	3429
Итого по СССР	—	—	32773	48250	63221

Это более чем скудное наследство было значительно «потрепано» в годы империалистической и последовавшей за ней гражданской войны, в период голода и разрухи. Как видно из графы третьей таблицы, число коек в эти годы сократилось на 1000, т. е. на 17,2%.

Состояние московских родильных домов еще в 1920 году было весьма плачевно. По свидетельству О. П. Ногиной, возглавлявшей в то время Московскую организацию охраны материнства и младенчества, положение родильных домов «было чрезвычайно тяжелое, хозяйственная и медицинская сторона дела пришли в упадок... О родильных домах забыли, тем более, что и они сами не давали о себе знать...». «Родильные приюты находились в катастрофическом положении... устроенные все в неприспособленных помещениях, давно не видавшие ремонта и не пополнявшие своего инвентаря — они едва влачили свое

существование». Мы не имеем документальных данных о состоянии родовспомогательных учреждений в других городах — но едва ли они находились в лучшем состоянии, чем московские или петроградские.

Участковая земская медицинская организация за время первой империалистической войны потерпела большой ущерб и, по словам П. И. Куркина, «находилась в состоянии глубокого и тяжелого расстройства». «Число коек в больницах уменьшилось на 16%, многие больничные участки превратились в амбулаторные и даже совсем закрылись»[1].

Советское родовспоможение не отступило перед сложностью и трудностью лежавшей на нем задачи реорганизации родильной помощи на новых принципах, изложенных нами выше.

Главная трудность состояла отнюдь не в ассигновании крупных материальных средств, обусловленных громадными и неотложными расходами по борьбе с голодом и эпидемиями. Главная трудность состояла в преодолении пассивной, а зачастую даже активной оппозиции со стороны врачей — земских и городских.

На селе сопротивление стимулировалось директивами Пироговского общества, которое не сразу потеряло своих сторонников среди земских врачей. В городах дело обстояло значительно хуже — ибо облик городских врачей резко отличался от земского врача. Большая часть городских врачей были воспитаны на частной практике. «Лично меркантильные начала», по выражению Е. А. Осипова, имели для них первенствующее значение и определяли их отношение к Советской власти. Некоторая часть врачей в городах далеко не сразу отказалась от враждебного отношения к советскому режиму. Это происходило по многим причинам. Во-первых, под маской «аполитичности» они скрывали отрицательное отношение к новому порядку вещей. Во-вторых, в силу того, что новая власть требовала, чтобы их профессиональная работа была перестроена по принципу общественной службы социалистическому государству. А это, конечно, ограничило возможность наживы в «лично-меркантильных»

---

[1] П. И. Куркин. «Земская медицина в годину войны». 1917.

интересах и в глазах врачей являлось прямым посягательством на их карман.

Наконец, часть врачей была убеждена в «непрочности» Советской власти и ждала ее быстрого падения, следя за успехами Деникинской белой армии. После занятия Харькова в июле 1919 года белогвардейцами харьковские «либеральные» врачи обложили себя обязательным сбором в размере 10% месячного заработка в пользу «доблестной» добровольческой армии [1].

Советская власть проявила величайший такт и терпение, чтобы нейтрализовать оппозиционные настроения этой группы высококвалифицированных специалистов, чтобы заставить их служить народу в том смысле, как этому учил Ленин. Без их помощи и ближайшего участия организовать родильную помощь было бы труднее. Следовательно, эти кадры надо было беречь и, одновременно, перевоспитать. Были среди акушеров и передовые люди, как например, Л. Г. Грауерман, А. Н. Рахманов, которые с самого начала стали в ряды активных сотрудников Советской власти в деле реорганизации родовспоможения на новых началах. Мало-помалу и прочие специалисты в этой области постепенно вошли в русло доселе чуждых им требований советского родовспоможения и втянулись в работу.

Внедрение принципа объединения акушерства и гинекологии в практику родильных домов обычного типа подвигалось чрезвычайно медленно и туго, встречая противодействие Московской врачебной организации. Со времени разделения клинических кафедр Московского университета между проф. А. М. Макеевым и В. Ф. Снегиревым на акушерскую и гинекологическую (в 80 годах), московские врачи воспитывались на идее разделения этих двух специальностей: *чистого* акушера и *чистого* гинеколога. Убеждение в необходимости такого искусственного разделения настолько укоренилось в их сознании, что переубедить их было невозможно, тем более что они в своем упорстве апеллировали к авторитетам А. М. Макеева и В. Ф. Снегирева.

Однако далеко не всем известно, что В. Ф. Снегирев,

---

[1] «Известия Народного Комиссариата Здравоохранения», 1919, № 11, стр. 11.

покорившись в свое время необходимости, сделался преподавателем «чистой» гинекологии, но отнюдь не являлся сторонником такого ограничения своей деятельности клинициста и преподавателя. По этому вопросу он подал 17 декабря 1901 года медицинскому факультету «отдельное мнение», из которого видно, что он считал такое разделение «неправильным» и «вредным». Этот документ представляет большой исторический интерес, опровергая ходячее мнение о том, что В. Ф. Снегирев был противником объединения преподавания акушерства и гинекологии и ведения соответственных клиник в лице одного профессора[1].

В пользу объединения этих двух дисциплин В. Ф. Снегирев приводит ряд мотивов. Главный из них тот, что «акушерство и гинекология составляют нераздельную науку, ибо гинекология есть не что иное, как наука о женщине в ее физиологическом и патологическом состоянии, а акушерство, изучая только одну из функций женщины — родовую — составляет только часть гинекологии. Следовательно, преподавая учение только об одной функции, преподаватель, несомненно, будет односторонен и, кроме того, едва ли может стоять на высоте своего дела».

К «Отдельному мнению» единогласно присоединились 11 членов факультета. Следует заметить, что факультет лишь подтвердил свое заключение, сделанное еще в 1899 году.

Однако, несмотря на это решение, слияние клиник и кафедр акушерства и гинекологии произошло в 1928 году.

Мы остановились несколько подробнее на этой, быть может уже позабытой странице истории развития акушерской (и гинекологической) помощи населению нашей страны, имея в виду показать, что:

1. В период восстановления народного хозяйства в России руководство организацией родовспоможения в Москве сумело объединить вокруг себя ряд специалистов, которым было в высокой степени присуще «чувство нового»; они отдали все свои знания, опыт и силы в

---

[1] В Медицинский факультет заслуженного ординарного «Профессора Владимира Снегирева отдельное мнение», см. «Приложение».

распоряжение Советской власти для дела реорганизации акушерской помощи в Москве. А ведь Москва была, так сказать, «экспериментальной лабораторией», в которой формировались новые типы учреждений охраны материнства и младенчества, разрабатывались нормативы деятельности, штаты, оборудование этих учреждений и т. д. По Москве равнялась вся наша страна еще в тот период, когда Союз Советских Социалистических Республик еще не был организован.

2. Мы хотели показать, что одним из важнейших препятствий, тормозящих развитие дела родовспоможения, была рутина, унаследованная от теории и практики земских и городских самоуправлений в этой отрасли здравоохранения.

В годы восстановления народного хозяйства ВЦИК и СНК РСФСР издали несколько законодательных актов, которые имели решающее значение для организации родильной помощи населению. Мы остановимся здесь лишь на основных декретах. В развитие их Народный Комиссариат здравоохранения РСФСР издал в течение 1921 — 1925 годов значительное количество постановлений, решений и прочих документов государственного характера, имевших законодательную силу для всей системы здравоохранения.

1. Коллегия Наркомздрава РСФСР утвердила 2 февраля 1921 года «Положение о нормальной акушерской школе». Курс обучения в нормальной школе устанавливался трехлетний. От поступающих требовалась общеобразовательная подготовка в объеме не менее программы I ступени (что соответствует 5 классам средней школы). В учебном плане видное место занимала теоретическая подготовка на первых 5 семестрах. Весь 6-й семестр отводился для практических занятий.

2. В 1922 году были организованы акушерские курсы в Институте акушерства Наркомздрава РСФСР (циркуляр Отдела охраны материнства от 15 августа за № 220). Срок обучения на этих курсах не был указан. Поступающие должны были обладать знаниями в размере шко-

лы I ступени. При поступлении они должны были подвергаться проверочным испытаниям.

3. Согласно циркулярному письму Отдела охраны материнства и младенчества от 11.V.1923 года за № 110, при Институте акушерства были организованы курсы акушерок, продолжительностью в два с половиной года. Необходимость организации таких курсов мотивировалась следующим образом:

«Наличие небольшого числа акушерок вообще, а достаточно подготовленных в особенности, не дают возможности поставить родовспоможение на должную высоту как в городах, так в особенности в уездах. И если все же количественно города обслуживаются, имея родовспомогательные учреждения, то уезды, в особенности деревни и волости, страдают отсутствием даже акушерки...

Кроме того, непонимание современных условий, оторванность от идей охраны материнства и младенчества старых акушерок делают работу их механической...».

«На курсы принимают лиц, хорошо грамотных, умеющих хорошо читать и писать, передавать прочитанное и знающих 4 правила арифметики» [1].

Таким образом, назначение этих курсов состояло в том, чтобы поднять уровень знаний и перевоспитать в духе идей охраны материнства и младенчества старых акушерок, унаследованных от земского периода медицины. Чрезвычайно скромные требования к их общеобразовательной подготовке достаточно красноречиво говорят о том, что представляли собой старые земские акушерки в этом отношении. Предусмотренная продолжительность курсов — два с половиной года для лиц, прошедших в прошлом ту или иную школу — не менее ярко свидетельствует об уровне их специальных профессиональных знаний.

В известиях Наркомздрава за 1921 год (№ 1—4) помещен специальный циркуляр Наркомздрава по вопросу об организации школ нового типа («Положе-

---

[1] Н. Г. Фрейберг. Сборник законов и распоряжений Правительства РСФСР по врачебно-санитарному делу. Москва, стр. 231, 1925.

ние о нормальной акушерской школе» от 2 февраля 1921 года), идущих на смену подлежащих ликвидации акушерских школ I и II разряда...». «Новая, просвещенная и хорошо подготовленная акушерка будет единственной специализированной средней медицинской работницей в деле охраны материнства и младенчества. Вот почему на широкое развитие акушерского образования, на правильную постановку его должно быть обращено самое серьезное внимание. Вокруг этого вопроса должна быть развернута энергичная агитация, как среди заинтересованных медицинских кругов для обеспечения школы серьезными преподавателями, так и среди соответствующих организаций в целях привлечения учащихся из среды наиболее развитой, активной, идейной пролетарской и крестьянской молодежи».

Таким образом, приступая к реорганизации всей системы родовспоможения, Наркомздрав наряду с развертыванием необходимой материальной базы поставил во главу угла вопрос о средних медицинских кадрах по родовспоможению.

Вопрос о профиле работника этого типа даже не возникал, настолько естественным казалось создать в лице акушерки не узко технического работника, «механически» делающего свою работу, а достаточно образованного, способного до известной степени к самостоятельной деятельности, специалиста среднего звена, вербуемого к тому же «из наиболее развитой, активной и идейной молодежи».

Надежды, которые Советская власть возлагала на эту молодежь, всецело себя оправдали. Она сделалась не только носителем идей охраны материнства и младенчества в среде наиболее отсталых слоев населения, но практически разрешила вопрос об организации родильной помощи сельскому населению.

В виде вспомогательного мероприятия по подготовке кадров акушерок проводились и проводятся самые различные курсы по усовершенствованию и повышению квалификации этого медицинского персонала. Курсы организовывались не только в крупных центрах, но и в больших родильных домах.

4. ОРГАНИЗАЦИЯ РОДИЛЬНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В ПЕРИОД СОЦИАЛИСТИЧЕСКОЙ ИНДУСТРИАЛИЗАЦИИ СТРАНЫ (1926—1930 гг.)

«После XIV съезда[1] партия развернула борьбу за проведение в жизнь генеральной установки Советской власти на социалистическую индустриализацию страны».

«В восстановительный период задача состояла в том, чтобы оживить, прежде всего, сельское хозяйство, получить от сельского хозяйства сырье, продовольствие и привести в движение — восстановить промышленность, восстановить существующие заводы и фабрики»[2].

«Необходимо было построить заново целый ряд отраслей индустрии, которых не было в царской России[3].

Этой политической установке, очевидно, должна была отвечать и деятельность в области здравоохранения, содержание которой можно сформулировать следующим образом: на фоне общего развития, роста и улучшения обслуживания населения всеми видами медицинской помощи — направить ее в первую очередь на удовлетворение промышленных рабочих вновь возникающих огромных индустриальных центров.

В соответствии с этим общим направлением развивалось и родовспоможение. В период восстановления народного хозяйства органы здравоохранения накопили необходимые для решения этой ответственной задачи силы и средства.

В период индустриализации публикуются законодательные акты в области здравоохранения, имеющие, кроме практического, огромное принципиальное значение. Из них на первом месте следует поставить Постановление Совета Народных Комиссаров РСФСР и Всероссийского Центрального Исполнительного Комитета от 28 марта 1927 года: в «Положении о структуре Наркомздрава РСФСР» Совет Народных Комиссаров в разделе, определяющем задачи Отдела охраны материнства и младенчества, указал, что в его функции входит: «Организация охраны

---

[1] В декабре 1925 года.
[2] История ВКП(б), стр. 267.
[3] История ВКП(б), стр. 268.

материнства и младенчества, в том числе и родовспоможение»[1]. Таким образом, было узаконено положение родовспоможения в системе охраны материнства и младенчества. До этого времени такая структура признавалась, как вполне естественная и единственно возможная, лишь органами охраны материнства и младенчества. Органы, ведавшие лечебным делом, в составе которого находились родовспомогательные учреждения, не возражали «теоретически» против такого положения дела, учитывая, что от теории до практической передачи родовспоможения в ведение органов охраны материнства и младенчества — «дистанция огромного размера».

Но самый факт узаконения нового порядка вещей послужил толчком к изданию целого ряда распоряжений Наркомздрава, имевших целью согласовать взаимоотношения между больницами и органами охраны материнства и младенчества и обеспечить влияние последних на организацию акушерской помощи в родильных отделениях больниц, установить связь последних с консультациями. Все это не могло не поднять авторитета органов, ведавших делом родовспоможения в системе охраны материнства и младенчества.

Это заставило лечебные отделы подчиниться новому порядку вещей, в корне изменить свое отношение к организации акушерской помощи в системе больниц и принять к руководству и к исполнению все нормативы, положения, инструкции и указания в этой отрасли работы, исходившие от органов охраны материнства и младенчества, а в дальнейшем от органов, ведавших делом родовспоможения.

Одновременно с организацией родильной помощи в городах, промцентрах и на новостройках, органы охраны материнства и младенчества занимались в период социалистической индустриализации страны организацией акушерской помощи на селе. К этому виду работы Наркомздрав подготовлялся «исподволь»: в 1923 году, после XII съезда партии, на котором была дана установка о «всесторонней помощи города селу», была поставлена перед органами охраны материнства и младенчества за-

[1] В. П. Лебедева. «Охрана материнства и младенчества в стране Советов», стр. 81.

дача «повернуться лицом к деревне». «Но сначала эта работа была поставлена как задача перспективная, не было еще точных форм, «методов работы» в деревне и не придавали ей еще ударного значения»[1].

В 1925 году, после III Всесоюзного совещания по охране материнства и младенчества, вопрос о работе в деревне сделался непосредственной задачей дня. Однако «поставить работу в деревне, при господстве там мелкого индивидуального хозяйства, хозяйственной и культурной отсталости, было особенно трудно...»[2]. В первую очередь было обращено внимание на организацию работы в летних детских деревенских яслях. Эта работа неослабно продолжалась и в период социалистической индустриализации, что нашло себе отражение в ряде постановлений Наркомздрава РСФСР и в последующие годы.

5. ОРГАНИЗАЦИЯ РОДИЛЬНОЙ ПОМОЩИ В ЭПОХУ СОЦИАЛИЗМА (ДО ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ)

Организация родовспоможения в период первой пятилетки (1929—1933 гг.)

XVI партийный съезд, состоявшийся в июне 1930 года, вошел в историю партии как «съезд развернутого наступления социализма по всему фронту, ликвидации кулачества как класса и проведения в жизнь сплошной коллективизации»[3].

Все большее укрепление тяжелой индустрии, производства средств производства показывало, что «Мы находимся накануне превращения из страны аграрной в страну индустриальную»[4].

Основными задачами, определявшими цели и содержание деятельности в области родовспоможения, были следующие:

---

[1] В. П. Лебедева. «Охрана материнства и младенчества в стране Советов», стр. 34—35.

[2] Там же, стр. 35.

[3] История ВКП(б), Краткий курс. Стр. 296.

[4] Там же, стр. 297.

1. Обслуживание акушерской помощью населения индустриальных центров.

2. Обслуживание всеми видами акушерской помощи населения колхозов.

Как справились органы родовспоможения с этой задачей?

Чтобы ответить на этот вопрос, необходимо прежде всего знать: как был составлен пятилетний план по родовспоможению и как он был выполнен. В первую очередь вопрос идет о намеченном плане развертывания сети родильных коек в городах и в сельских местностях.

В 1930 году исходное число врачебных родильных коек в родильных домах и родильных отделениях больниц равнялось 32 309, из них 10878 коек находилось в сельских местностях. Таким образом, количество коек возросло более, чем в пять с половиной раз, по сравнению с числом их в 1918 году в пределах территории царской империи, вошедшей в состав Советской России. Тем не менее этого количества было недостаточно для того, чтобы удовлетворить потребность населения в стационарной помощи, в особенности в сельских местностях, тем более, что по ряду причин родильные койки на селе использовались совершенно неудовлетворительно.

В 1929 году было издано «Постановление об организации акушерских пунктов», в котором в схематическом и сжатом виде даются руководящие указания об организации акушерских пунктов[1].

В том же году Наркомздравом РСФСР было издано развернутое Постановление «Об усилении родовспоможения в социалистическом секторе сельского хозяйства»[2].

Вопрос об организации акушерских пунктов советского типа, так сказать, «висел в воздухе» и был теоретически подготовлен небольшой брошюрой Д. М. Гинодман и А. Ю. Лурье, изданной Государственным институтом ОММ. В этой книжке во всех деталях разработа-

[1] Приложение к журналу «На фронте Здравоохранения», № 3,

[2] Приложение к журналу «На фронте Здравоохранения», за 1929 г.

ны основные правила по медицинской и организационной работе для участковых акушерок[1].

Дальнейшее развитие вопрос об акушерских пунктах получил значительно позднее, — а именно в 1933 году, когда было составлено «Положение об акушерских пунктах» и подробная Инструкция к нему. Обращают на себя внимание примечания к пункту III Инструкции:

1) лечение в обязанности акушерки не входит и строго ей воспрещается, кроме оказания населению первой помощи в случаях, не терпящих отлагательства и

2) на должность акушерки пункта назначаются исключительно лица, окончившие техникум и имеющие не менее двух лет практического стажа в родильном отделении больницы или родильного дома.

Включая эти два пункта в разработанную нами инструкцию, мы имели в виду:

1. Разгрузить акушерку на пункте от всякой посторонней работы, не входящей в прямые ее обязанности, дабы сделать ее максимально мобильной.

2. Исключить всякую возможность соприкосновения акушерки с заразными и гнойными больными, требующими перевязок, во избежание переноса инфекции на рожениц.

3. Укомплектовать пункты акушерками не только теоретически и практически подготовленными в школах, но имеющими производственный стаж работы в акушерских стационарах и способными к самостоятельной работе.

Постановление Коллегии Наркомздрава от 1 ноября 1931 года содержит специальный раздел, относящийся к соцсектору сельского хозяйства.

Приведем следующие основные пункты, касающиеся организации родовспоможения:

«1. Организовать консультационную помощь... во всех районных центрах и тесную связь с родильными отделениями больниц и с родильными койками врачебных учреждений.

2. Установить следующие типовые построения родовспомогательной сети в деревне: базовое родильное от-

---

[1] Д. М. Гинодман и А. Ю. Лурье «Акушерский пункт», М., 1929.

деление при районной больнице с числом коек не меньше 20% общего числа больничных коек...; родильные отделения при всех врачебных участках...; акушерские пункты...

4. Поддержать инициативу отдельных колхозов по постройке и сооружению родильных домов за счет колхозов, оставив руководство за здравотделами, и ввести в практику заключение договоров с колхозами о материальном их участии в организации родильных коек (питание, оборудование, предоставление технического персонала), акушерских пунктов, в подготовке кадров и в транспортировке рожениц».

Особенный интерес представляет пункт 4 Постановления, в котором даны в схематическом виде все принципы организации колхозных родильных домов. Из этого пункта, между прочим, видно, что инициатива постройки родильных домов исходила в РСФСР, как впоследствии и на Украине, от самих колхозов.

Таким образом, органы охраны материнства и младенчества уже в период с начала 1917—1918 по 1929 год достигли значительных успехов в области родовспоможения, которые выразились в следующем:

1. За 12 лет было создано первое условие для организации медицинской помощи в родах, а именно:

а) мощная сеть врачебных родильных коек;

б) сеть акушерских пунктов для оказания разъездной помощи на дому.

2. Было создано второе условие, необходимое для освоения этой сети — подготовка кадров, в особенности среднего звена (нормальная акушерская школа).

3. Было создано третье условие для правильного использования этой сети: разработаны положения, инструкции, директивные указания, распоряжения и тому подобные акты, регулирующие весь внутренний распорядок деятельности всех типов учреждений родильной помощи.

Остается еще упомянуть, что 31 июля 1933 года состоялось Постановление «об организации родильной помощи сельскому населению во время посевоуборочной» (за № 220) [1].

---

[1] «На фронте Здравоохранения», № 20, 1933.

Организация родильной помощи в Союзе ССР в период второй пятилетки (1933—1937 гг.)

Первая пятилетка была закончена в четыре года — в области промышленности, в области сельского хозяйства, в области улучшения материального положения рабочих и крестьян, в области развития товарооборота, в области укрепления Советской власти и разворачивания классовой борьбы против остатков и пережитков отживающих классов [1].

Эти успехи в осуществлении первой пятилетки в четыре года подготовили почву и создали предпосылки для дальнейшего, еще более мощного роста социализма в России.

Основные практические задачи второй пятилетки были сформулированы 17 конференцией ВКП(б) на основе докладов В. М. Молотова и С. К. Орджоникидзе, следующим образом: «Конференция считает, что основной политической задачей второй пятилетки является окончательная ликвидация капиталистических элементов и классов вообще, полное уничтожение причин, порождающих классовые различия и эксплоатацию, и преодоление пережитков капитализма в экономике и сознании людей, превращение всего трудящегося населения страны в сознательных и активных строителей бесклассового социалистического общества» [2].

В резолюции Конференции во II разделе о директивах к составлению второго пятилетнего плана народного хозяйства СССР (1933—1937) записано, что:

«основной и решающей хозяйственной задачей второй пятилетки является завершение реконструкции всего народного хозяйства, создание новейшей технической базы для всех отраслей народного хозяйства» [3].

Таково политическое и народнохозяйственное содержание второго пятилетнего плана. Какие директивы вытекали отсюда для построения второго пятилетнего плана в области здравоохранения?

---

[1] См. И. В. Сталин. «Вопросы ленинизма». Итоги первой пятилетки, стр. 395.

[2] Стенографический отчет XVII Конференции Всесоюзной Коммунистической партии, М., стр. 143, 1932.

[3] Там же, стр. 278.

Соответствующие указания в этом направлении мы можем найти в докладе тов. В. Куйбышева («О второй пятилетке»). В разделе, озаглавленном «Условия выполнения второй пятилетки», тов. Куйбышев дает ряд директив общего характера, относящихся ко всем отраслям народного хозяйства, а следовательно, и к здравоохранению. На основе этих директив планирующие органы здравоохранения и должны были составлять свой план как производную функцию общего народнохозяйственного плана.

Мы остановимся здесь на основных директивах, преподанных в докладе тов. Куйбышева.

«Второе пятилетие должно пройти под знаком не только полного охвата социалистическим соревнованием и ударничеством всех рабочих и колхозников Советского Союза, но и под знаком дальнейшего развития и углубления социалистических форм труда...» [1].

«Важнейшее условие выполнения плана — укрепление планового начала во всех отраслях народного хозяйства. Практически планом будут обниматься все элементы хозяйства. Но тем самым усиливается и ответственность за план, за его качество, ибо каждая ошибка в плане будет тормозить и затруднять выполнение всего плана в целом». [2]

Эта директива относится к области здравоохранения в большей мере, чем к любой иной отрасли народного хозяйства, ибо объекты планирования по характеру дела здравоохранения менее конкретны, чем в промышленности или в сельском хозяйстве, где они выражаются в определенных единицах измерения.

«Со всей отчетливостью должны быть подчеркнуты далее вопросы качества всей нашей работы... Во втором пятилетии борьба за качество работы поднимается на первую ступень. Это значит, что мы не можем ограничиться здесь частными достижениями на отдельных участках... Борьба за качество должна быть поставлена в самом ее широком народно-хозяйственном смысле...» [3].

---

[1] Стенографический отчет XVII Конференции Всесоюзной Коммунистической Партии. М., стр. 179, 1932.

[2] Там же.

[3] Там же, стр. 180.

Поэтому — как мы указывали при оценке итогов деятельности Наркомздрава в области родовспоможения необходимо итти иным путем — путем сравнения количественных и качественных показателей на 1.I. 1933 г. и к концу второй пятилетки... Сетевые показатели мы имеем, начиная с 1933 года. Что касается качественных показателей, в первую очередь охвата родильной помощью, то более или менее достоверные сведения относятся к 1933 и последующим годам»[1].

Основные показатели родовспоможения в РСФСР, начиная с 1932 года по 1936 год даны в табл. 8.

Данные, сгруппированные в этой таблице, красноречиво говорят о значительных успехах в области родовспоможения в период второй пятилетки.

Так, в городах обеспеченность населения врачебными койками, составлявшая 0,63 на 1000 населения, достигла, возрастая из года в год, 0,87 на 1.I.1937 года, что равно увеличению на 38,0%. Количество врачебных коек увеличилось с 16 733 до 26 061, т. е. на 55,0%.

О динамике охвата городского населения стационарной родильной помощью можно судить по объему обслуженности его, увеличившейся от 19,7 на 1 000 населения в 1933 году до 30,0 в 1936 году, а включая и помощь на дому от 21,6 до 31,2.

Успехи организации родильной помощи в сельских местностях были значительно скромнее.

Число врачебных родильных коек увеличилось с 10 720 на 1.I.1932 г. до 14 949 на 1.I.1937 года, т. е. на 40,0%. Обеспеченность родильными койками, составлявшая в 1932 г. 0,14 на 1 000 населения, увеличилась до 0,19 в 1936 году, т. е. на 36,0%. Годовая оборачиваемость составила в среднем за последние четыре года 23,5 оборота против 50, предусмотренных планом, что заранее обрекало на неудачу намеченный план охвата населения стационарной родильной помощью, ограничивая возможность выполнения его на 53,0%. Обслуженность сельского населения врачебной стационарной помощью увеличилась от 2,99 на 1000 населения до 5,54 или на 85,0%, что является значительным успехом. Обслуженность сель-

[1] М. Ф. Леви. «Некоторые данные о состоянии родовоспоможения в РСФСР». Журн. «Охрана Материнства и Младенчества», № 9, 1932.

ского населения помощью на дому увеличилась за тот же период от 3,0 на 1000 населения до 3,99 или на 33,0%. Таким образом, общая обслуженность увеличилась от 5,99 в 1933 году до 9,53 в 1936 году или на 59,0%.

Тем самым в организации сельского родовспоможения произошли решительные положительные сдвиги именно в этот период времени.

Таблица 8

Наименование показателя	1932 г.	1933 г.	1934 г.	1935 г.	1936 г.
Городские поселения:					
Всего родильных коек	16 733	17 [illegible]89	[illegible]8 23[illegible]	20 344	26 061
Число родильных коек на 1 000 населения	0,63	0,64	0,6[illegible]	0,7	0,87
Годовая оборачиваемость родильной койки	—	30,9	3[illegible],5	36,0	34,6
Число коечных родовспоможений на 1 000 населения	—	19,7	19,73	25,3	30,0
Число родовспоможений на дому на 1 000 населения	—	1,9	1,1	1,17	1,2
Сельские местности:					
Всего врачебных родильных коек в стационарной сети	10 721	11 086	11 338	12 663	14 949
Число врачебных родильных коек на 1 000 населения	0,14	0,14	0,14	0,16	0,19
Годовая оборачиваемость родильной койки	—	20,6	20,9	24,4	28,0
Количество родовспоможений во врачебных стационарах на 1 000 населения	—	2,99	3,08	4,0	5,54
Количество родовспоможений на 1 000 населения в колхозных родильных домах	—	—	—	0,5	1,37
Общее количество коечных родовспоможений на 1 000 населения	—	2,99	3,08	4,5	6,91
Число родовспоможений (на 1000 населения) на дому	—	3,0	3,27	3,62	3,99
Общий объем обслуженности населения медицинской родильной помощью	—	5,99	6,35	8,12	10,9

Вторая пятилетка была поворотным периодом в деле организации родильной помощи сельскому населению и вопрос этот стоял в центре внимания Партии и Правительства...

Огромные сдвиги в этой области вызвало постановление XVI Всероссийского съезда Советов, узаконившего существование колхозных родильных домов, как совершенно новой и своеобразной советской формы родовспоможения на селе.

Не меньшую роль сыграл и пункт 14 седьмого раздела Сталинского устава сельскохозяйственной артели, утвержденного Советом Народных Комиссаров Союза ССР и ЦК ВКП(б) 17.II.1935 года.

Наконец, огромную роль в успехе развития родовспоможения вообще, и сельского в частности, сыграл общеизвестный декрет о запрещении абортов от 27.VI.1936 г. Из таблицы видно, что именно в 1936 году произошли наиболее решительные сдвиги по улучшению родовспоможения в РСФСР (см. графу 5).

Необходимо сделать к этому некоторую оговорку: мы оперируем данными по Федерации, так как Наркомздрав СССР сформировался и стал функционировать в 1937 году. Но все наши выводы целиком и полностью относятся ко всему Советскому Союзу, в объеме деятельности которого здравоохранение в РСФСР занимает в области родовспоможения примерно 65,0%.

Организация родильной помощи в Союзе ССР в третьей пятилетке (1938—1942 гг.)

Основная политическая задача третьего пятилетнего плана, принятого XVIII съездом ВКП(б) (10—12 марта 1939 г.) была сформулирована следующим образом:

«На основе победоносного выполнения второго пятилетнего плана и достигнутых успехов социализма, СССР вступил в третьем пятилетии в новую полосу развития, в полосу завершения строительства бесклассового социалистического общества и постепенного перехода от социализма к коммунизму...».[1].

Основная экономическая задача третьего пятилетнего плана была определена в резолюции XVIII съезда ВКП(б) следующим образом:

---

[1] Резолюции XVIII съезда ВКП(б). Огиз, М., стр. 11, 1939.

«... теперь мы можем и должны во весь рост практически поставить и осуществить решение основной экономической задачи СССР: догнать и перегнать также в экономическом отношении наиболее развитые капиталистические страны Европы и Соединенные Штаты Америки, окончательно решить эту задачу в течение ближайшего периода времени...» [1].

Важным, с точки зрения непосредственно здравоохранения, является и дальнейшее указание резолюции: «В соответствии с указанием Ленина о том, что «производительность труда, это, в последнем счете, самое важное, самое главное для победы нового общественного строя», мы должны обеспечить всемерное развертывание социалистического соревнования и стахановского движения, неуклонное укрепление трудовой дисциплины во всех предприятиях и учреждениях, во всех колхозах, мы должны обеспечить достойную социалистического общества высокую производительность труда рабочих, крестьян, интеллигенции» [2].

Из этих решений XVIII съезда ВКП(б) и вытекают основные задачи здравоохранения в третьей пятилетке.

В области родовспоможения в основу плана было положено развертывание сети родильных коек. План развития сети родовспоможения представлен в следующих двух таблицах.

Из таблицы 9 видно, что Наркомздрав планировал на конец третьей пятилетки сеть в 83 500[3] врачебных родильных коек в городах против 59 000 к началу пятилетки, что составляет прирост 41,5% или в среднем 8,5% в год. Такой прирост может считаться вполне реальным и полностью обеспечивающим охват в городах всех рожениц врачебной родильной помощью.

В самом деле, запланированная сеть должна была обеспечить стационарной родильной помощью свыше двух миллионов рожениц из числа городского населения. План исходил из оптимальной оборачиваемости коек в 29 обо-

---

[1] Резолюции XVIII съезда ВКП(б). Огиз, М., стр. 12, 1939.

[2] Там же, стр. 12—13.

[3] План развертывания коек выражен в круглых цифрах, поэтому сумма запланированной сети по отдельным графам в итогах несколько расходится. *М. Л.*

ротов в год, обеспечивая в среднем 10-дневный срок госпитализации рожениц.

Таблица 9

План развертывания родильных коек в городах в третьей пятилетке

Наименование Союзных республик	Число коек по отчету 1937 года	Число коек по отчету 1938 года	Число коек в 1939 г. (по плану, утвержден. бюджетом)	Запланировано коек на 1942 г. (НКЗдрав СССР)
РСФСР	39 256	43 203	51 550	56 600
УССР	11 617	13 139	12 750	14 000
БССР	1 866	2 357	2 158	2 350
Азербайджанская ССР	959	1 140	1 659	1 800
Грузинская ССР	825	979	1 499	1 680
Армянская ССР	337	356	541	680
Туркменская ССР	492	508	496	550
Узбекская ССР	1 393	1 412	1 893	2 200
Таджикская ССР	193	274	634	670
Казахская ССР	1 151	1 318	1 977	2 200
Киргизская ССР	301	336	395	500
Всего по союзным республикам	58 390	65 102	75 579	82 200
Система водного транспорта	612	686	971	1 300
Итого по СССР	59 002	65 788	76 550	83 500

В третьем пятилетнем плане Наркомздрава Союза ССР также содержатся указания по дальнейшему повышению качества работы учреждений родильной помощи, имеющие цель разрешить задачи по здравоохранению в целом.

Переходя к рассмотрению пятилетнего плана по родовспоможению в деревне, мы должны отметить, что по этому плану, как видно из табл. 10, число врачебных коек предполагалось увеличить с 30 214 до 53 000, что составляет прирост в 22 786 коек за пять лет, т. е. на 76,7%, или 15,3% в год. Этот громадный но реальный прирост должен был произойти, во-первых, за счет незаконченного еще строительства самостоятельных ро-

Таблица 10

План развертывания родильных коек в сельских местностях в третьей пятилетке

Наименование Союзных республик	Число коек по отчету 1937 года	Число коек по отчету 1938 года	Число коек в 1939 г. (по плану, утвержден. бюджетом)	Запланировано коек на 1942 г. (НКЗдрав СССР)
Сельские больницы и родильные дома				
РСФСР	20 374	23 235	26 795	35 600
УССР	6 682	6 472	7 710	9 500
БССР	703	618	1 123	1 600
Азербайджанская ССР	299	327	398	580
Грузинская ССР	202	389	402	600
Армянская ССР	84	164	210	320
Туркменская ССР	19	18	394	500
Узбекская ССР	463	454	951	1 200
Таджикская ССР	151	132	236	400
Казахская ССР	1 025	1 199	1 446	2 100
Киргизская ССР	212	261	423	600
Всего по союзным республикам	30 214	33 269	40 108	53 000
Колхозные родильные дома				
РСФСР	10 870	11 684	16 800	24 000
УССР	8 895	9 980	13 475	15 500
БССР	709	653	1 500	1 900
Азербайджанская ССР	147	156	240	500
Грузинская ССР	82	238	600	1 000
Армянская ССР	45	38	125	250
Туркменская ССР	92	108	231	450
Узбекская ССР	111	145	875	1 100
Таджикская ССР	15	—	95	250
Казахская ССР	418	398	950	1 750
Киргизская ССР	21	28	150	300
Всего по Союзным республикам	21 405	23 425	35 041	47 000
Итого коек в сельских местностях	51 619	56 694	75 149	100 000

дильных домов по декрету 7.VI.1936 г., и во-вторых, за счет развертывания новых родильных коек в строящихся больницах.

Согласно пятилетнему плану, число больничных коек предположено было увеличить на 102 554. Согласно постановлению Наркомздрава Союза ССР 20% больничных коек, т. е. около 20 000 должно быть отведено под родильные отделения. На практике число родильных коек оказалось несколько меньше этого.

Значительно напряженнее шло выполнение плана развертывания коек в колхозных родильных домах, где запланирован был рост количества коек в 25 000 (что соответствует, примерно, 8 500 колхозным родильным домам), т. е. около 120% к исходному числу, или 24,0% среднего прироста в год.

6. ВСЕСОЮЗНЫЕ И РЕСПУБЛИКАНСКИЕ СЪЕЗДЫ И СОВЕЩАНИЯ ПО ОХРАНЕ МАТЕРИНСТВА И МЛАДЕНЧЕСТВА

Значительную роль в организации родовспоможения сыграли всесоюзные и союзно-республиканские съезды врачей-акушеров-гинекологов, а также научные общества, которые были тесно связаны с комиссиями по родовспоможению и непосредственно помогали органам здравоохранения в разработке всех указаний (положений, инструкций, приказов и т. п.) в соответствии с местными условиями работы, а также в их практическом осуществлении.

Мы имеем возможность остановиться вкратце лишь на важнейших из этих совещаний, а именно на всесоюзных съездах по охране материнства и младенчества, и на всесоюзных съездах врачей акушеров-гинекологов, а также на некоторых аналогичных съездах союзных республик, по своему характеру получивших значение всесоюзных.

Всесоюзных съездов по охране материнства и младенчества было четыре. Первый из них был созван с 1 по 5 декабря 1920 года в Москве и был организован совместно с первым съездом отделов по работе среди женщин, созванном женотделом ЦК ВКП(б). Второй съезд был созван в 1923 году, третий — в 1925 году и четвер-

тый в 1929 году. После этого всесоюзных съездов не было, а были созваны два совещания работников в области родовспоможения; в декабре 1930 года работников родовспоможения сельскохозяйственных районов и в апреле 1931 года — промышленных районов [1].

Первый съезд, или, как он был назван официально, Первое Всероссийское совещание по охране материнства и младенчества, происходившее с 1 по 5 декабря 1920 года, имело большое значение в истории развития всей системы охраны материнства и младенчества. На нем были заложены прочные основы организации детских учреждений. В то же время на этом съезде всесторонне обсуждался вопрос о видах и формах помощи, которую могут оказать Наркомздраву женотделы, и вопрос об установлении организованной связи между ними и Отделом охраны материнства и младенчества.

На совещании были представлены 44 губернии, от которых прибыло 77 делегатов с правом решающего голоса и 24 с правом совещательного голоса.

В числе делегатов было 60 медицинских работников, в том числе 50 врачей, 13 педагогов, 14 работниц и 14 лиц прочих профессий.

Съезд занялся обсуждением вопросов, связанных с охраной младенчества, и касался дела охраны материнства лишь в той мере, в какой это было необходимо с точки зрения интересов того же ребенка. Даже в докладе врача-акушера А. И. Лагутяевой о «Подготовке персонала для учреждений по охране материнства и младенчества» не было сказано ни одного слова о подготовке кадров для родильного дома — хотя бы по уходу за новорожденными. Единственный доклад по родовспоможению сделал А. Н. Рахманов: «Роль родовспоможения в деле охраны материнства и младенчества» [2].

Однако, чрезвычайно интересный и глубоко содержательный доклад этого крупного специалиста включал мало конкретных предложений, отличаясь абстрактностью. А. Н. Рахманов только выдвинул вопрос о праве на

---

[1] В. П. Лебедева. «Охрана материнства и младенчества в стране Советов», стр. 38.

[2] Материалы Первого Всероссийского совещания по охране материнства и младенчества. М., стр. 123—129, 1921.

признание родовспоможения равноправной составной частью системы охраны материнства и младенчества. Главным образом он говорил о том, что «Надо проникнуться всем, и населению и его руководителям, что народное родовспоможение есть первейшее дело в государстве» [1].

Естественно, что и резолюция по докладу А. Н. Рахманова вышла бледной и получила декларативный характер, т. к. указывала, что:

«1. Родовспоможение является существенным фактором охраны материнства и младенчества...», и что:

«3. Принимая, что родильные дома являются центром, вокруг которого должны развиваться все учреждения по охране материнства и младенчества открытого типа, совещание признает принципиально правильным и неизбежным переход в будущем всего дела родовспоможения в Отдел охраны материнства и младенчества» [2].

Из резолюции видно, что охрана здоровья матери не была поставлена как задача органов охраны материнства и младенчества.

Второе всероссийское совещание по охране материнства и младенчества происходило в Москве с 4 по 8 июня 1923 года — в период, когда перед учреждениями по охране материнства и младенчества были поставлены весьма серьезные и тяжелые задачи в связи с новыми требованиями, предъявляемыми органам охраны материнства и младенчества в деле дальнейшего улучшения положения работницы-матери. Совещание вопросами родовспоможения не занималось. В 13 тезисе основного доклада В. П. Лебедевой «Итоги и перспективы в деле охраны материнства и младенчества» по этому поводу имеется всего несколько строк:

«13. Говоря о работе в деревне, нельзя обойти вопроса о родовспоможении.

Не беря на себя задачи организации родовспоможения, которое в волостях стоит в тесной связи с участковой больницей, п/отделы должны взять на себя инициативу и вместе с женотделами 1) не допускать исключе-

---

[1] Материалы Первого Всероссийского совещания по охране материнства и младенчества. М., стр. 125, 1921.

[2] Там же, стр. 130.

ния из штата медучастков акушерок, 2) настаивать на сохранении родильных отделений при больницах при сокращении там общего числа коек.

В городах, где есть аппарат и работники, нужно неуклонно стремиться взять родильные дома в ведение п/отделов для установления тесной связи родильного дома с другими учреждениями охраны материнства и младенчества»[1].

Таким образом, органы охраны материнства и младенчества, отказавшись от задачи организации родовспоможения, взяли на себя более скромную роль: учредить над родильными домами род благожелательной «опеки».

III съезд — или как он официально назывался — «Третье Всероссийское совещание по охране материнства и младенчества» происходил в Москве в 1925 году[2]. Основным докладчиком на съезде выступила В. П. Лебедева. В области организации родовспоможения она выступила со следующим тезисом:

«17. Мы должны отметить, что пришел момент вопрос о родовспоможении ставить определенно. Родовспоможение должно быть признано функцией п/отделов охраны материнства и младенчества и составить основное звено в цепи наших учреждений. Поставить профилактику родов, связь родильного дома с нашими консультациями мы сумеем только тогда, когда будем организовывать и управлять. Здесь мы наталкиваемся на сопротивление лечебных п/отделов, которые нужно будет преодолеть»[3].

В одном из докладов об организации сельского родовспоможения было подчеркнуто, что основным дефектом родовспоможения на селе является самый характер акушерской помощи, носящий совершенно пассивный характер. В противоположность пассивному родовспоможению, автор считал элементами активного родовспоможения следующие: 1) широкую культурно-просветительную работу; 2) патронаж беременных; 3) разветвление пат-

[1] Материалы Всероссийского совещания по охране материнства и младенчества. М., стр. 4, 1923.

[2] Третье Всероссийское совещание по охране материнства и младенчества. М., 1925.

[3] Третье Всероссийское совещание по охране материнства и младенчества. М., стр. 19, 1925.

ронажа посредством актива делегаток, прошедших «школу материнства» при медучастке.

Докладчик констатировал, что акушерская помощь на дому еще долгое время будет оставаться основной формой родовспоможения на селе. Исходя из того, что на селе имеется большое число патологических родов, как результат негигиенического образа жизни и тяжелого труда крестьянки во время беременности, докладчик в качестве очередных, выдвинул следующие задачи: 1) борьбу за охрану труда беременной крестьянки; 2) борьбу с ранним вставанием с постели после родов; 3) предварительное обучение женщин уходу за новорожденным и роженицей, а также патронажных санитарок в порядке общественной работы или за плату.

Большой интерес представлял доклад «О консультации для женщин» А. Н. Рахманова, в котором он впервые поставил вопрос о том, чтобы заменить старое название «консультация для беременных» новым названием «консультация для женщин» в соответствии с расширением ее функций и задач, которые А. Н. Рахманов определял следующим образом: «Охрана здоровья женщины в широком смысле этого слова, вопросы полового воспитания девушки..., вопросы быта, вопрос о бесплодии, борьба с абортом, советы о противозачаточных средствах, наблюдение за женщиной в климактерическом периоде, наконец, наблюдение за беременными и родильницами...» [1].

Если отбросить некоторые неосуществимые и нереальные предложения, о которых мы упоминали, то III съезд дал много положительного.

1. Был отчетливо поставлен вопрос о значении сельского родовспоможения.

2. Были установлены основные «элементы» активного родовспоможения, не утратившие своего значения и в настоящее время.

3. Было установлено, что акушерская помощь на дому будет еще долгое время основной формой сельского родовспоможения.

---

[1] Третье Всероссийское совещание по охране материнства и младенчества. М., стр. 52, 1925.

4. Было принято предложение А. Н. Рахманова о переименовании «консультации для беременных» в «консультации для женщин» с новыми, более широкими задачами, что составило поворотный этап в развитии учреждений этого типа и подготовило почву для создания полноценной и развернутой консультации настоящего времени, объединяющей профилактические задачи с лечебными, в том числе и с оказанием гинекологической помощи.

Четвертое всесоюзное совещание по охране материнства и младенчества состоялось в Москве с 1 по 7 июня 1929 года.

В основном оно было посвящено вопросам охраны младенчества, тем не менее известное внимание было уделено и родовспоможению, в частности при обсуждении работы консультаций.

Совершенно справедливо отмечает В. П. Лебедева, что «все еще отсталым участком нашей работы является охрана материнства и младенчества в национальных республиках и областях. Отсутствие промышленного пролетариата, наличность кочевых народностей определяют особенности работы среди национальных меньшинств и приближают ее по типу к нашей деревенской работе с учетом бытовых особенностей. На первом плане — родовспоможение, затем работа консультаций...» [1].

В докладе С. Ерман «Работа по охране материнства и младенчества в деревне и среди национальных меньшинств» организация родовспоможения затрагивалась лишь вскользь. Она указывала, что «Среди групп народностей, живущих оседло — организационной формой работы должно быть родовспоможение. Учитывая антисанитарную обстановку кибиток, скученность, отсутствие белья у населения аулов, необходимо стремиться к развертыванию родильных коек, в целях предоставления аульному населению возможности проведения родов в более гигиенических условиях, чем в кибитках... Наряду с развитием родовспоможения, необходимо взять упор на проведение культурно-просветительной работы» [2].

---

[1] Четвертый Всесоюзный съезд по охране материнства и младенчества, М.-Л., стр. 13, 1929.

[2] Там же, стр. 25.

Доклад Поповой относился к итогам и перспективам организации родовспоможения в Украинской ССР.

Состояние сельского родовспоможения в Белорусской ССР было представлено в докладе Граевской: «Акушерская помощь на селе, — констатирует автор доклада, — еще является самым слабым звеном в цепи работы по охране материнства и младенчества...». При этом «увеличивается количество родовспоможений в больницах, что объясняется увеличением специально оборудованных родильных отделений в больницах и ростом сознательности масс, приезжающих рожать в больницу уже не только при патологических родах...»[1].

Вопросу о работе женских консультаций были посвящены три доклада: А. Б. Генса, М. Ф. Леви и А. Ю. Лурье. Доклад Генса («Итоги работы консультаций — детской, женской и сельской») носит отчетный характер, и мы на нем останавливаться не будем.

Доклад М. Ф. Леви о «Содержании работы консультаций для женщин», с одной стороны, характеризует известные сдвиги в работе консультаций нового типа, а с другой — намечает новые вехи для дальнейшего развития ее деятельности.

Выдвинутые в этом докладе предложения знаменуют собой новый этап развития деятельности консультаций для женщин, причем впервые формулируется необходимость организации новых форм работы ее, а именно:

1. Научно-исследовательская деятельность.
2. Безусловное проведение лечебных мероприятий среди беременных.
3. Факультативное оказание гинекологической помощи небеременным женщинам, что до сих пор считалось совершенно неприемлемым.
4. Борьба с бесплодием.

Весьма обстоятельный доклад А. Ю. Лурье — «Методика работы консультаций для женщин» — содержит детальные указания о том, как консультация должна в своей практической деятельности применять все виды и формы медицинской, культурно-просветительной, патро-

---

[1] Четвертый Всесоюзный съезд по охране материнства и младенчества. М.—Л., стр. 30, 1929.

нажной и другой работы в разрезе поставленных перед ней задач [1].

Съезды акушеров-гинекологов начали проводиться в России уже с начала XX столетия.

I съезд общества российских гинекологов и акушеров состоялся в С.-Петербурге 28—31 декабря 1903 года по инициативе группы членов С.-Петербургского Акушерско-гинекологического общества во главе с проф. Д. О. Оттом, председателем Организационного комитета съезда. По тому времени организация Всероссийского съезда была делом трудным и сложным, требовавшим преодоления многих бюрократических препятствий. По числу делегатов (109) и количеству сделанных докладов (36), включая программные, I Всероссийский съезд был весьма скромен. По своему характеру — это был чисто научный съезд, который никакими организационными вопросами не занимался. Косвенным образом организационные вопросы были затронуты в докладе Л. Ненадовича (Австрия) — «Положение акушерства и гинекологии у славян вне пределов России» [2].

До Октябрьской революции проведено пять съездов, носящих такой же узко-академический характер.

VI съезд Всесоюзного общества гинекологов и акушеров — или, как он назывался официально: VI Всесоюзный съезд акушеров и гинекологов состоялся с 1 по 6 июня 1924 года в Москве под председательством проф. А. П. Губарева.

Первым докладом на этом съезде был доклад В. П. Лебедевой: «Гинекология и акушерство в общей схеме работы по охране материнства и младенчества». В своем докладе В. П. Лебедева указывала, что акушеры очень мало связаны с работой органов охраны материнства и младенчества. А между тем, эти специалисты живым словом могли бы помочь работе охраны материнства и младенчества, втягивая в эту работу массу женщин-матерей. К сожалению, акушеры до сих пор, ука-

---

[1] Четвертый Всесоюзный съезд по охране материнства и младенчества. М.-Л., стр. 83—89, 1929.

[2] I—IV Съезд Общества российских гинекологов и акушеров. Изд. акуш.-гинек. об-ва. СПб., 1903.

зывала В. П. Лебедева, уходят в чисто лечебную работу, а, между тем, задачи охраны материнства и младенчества гораздо шире этого. Поэтому недостаточно работать в области акушерства и считать, что этим все обязанности врача исчерпываются. Родильный дом должен быть основной ячейкой, связывающей массы с органами охраны материнства и младенчества[1].

Доклад В. П. Лебедевой был первым открытым наступлением принципов профилактической медицины на рутину чисто лечебных позиций, которых держалось подавляющее большинство акушеров-гинекологов старой формации.

Это был единственный доклад чисто организационного характера. Остальные программные доклады съезда были посвящены исключительно клиническим проблемам.

VII Всесоюзный съезд гинекологов и акушеров происходил в Ленинграде с 23 по 28 мая 1926 года.

На этом съезде впервые обсуждался, в качестве программного, вопрос о «профессиональных вредностях в различных областях промышленности, где работают женщины». Вопросу о «профессиональной вредности» или о «Социальной патологии» в самых различных сферах применения женского труда (на лесопильных заводах, в швейной и резиновой промышленности, в табачном производстве, среди работниц трамвайного парка и т. д.) было посвящено 14 докладов.

Основным докладчиком по этому разделу выступил проф. Е. М. Курдиновский.

Вслед за VII Всесоюзным съездом был созван I Всеукраинский съезд акушеров и гинекологов, на котором преобладающую роль играли организационные вопросы. Съезд состоялся в Киеве с 23 по 28 мая 1927 года. При обсуждении программных вопросов съезда четыре заседания (из восьми) были посвящены организационным вопросам.

По первому программному вопросу «о состоянии и перспективах развития родовспоможения на Украине» была принята резолюция, основную часть которой мы приводим.

---

[1] Труды VI Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов, Москва, 1924.

«Отмечая рост родовспоможения в городах и селах Украины и относительно удовлетворительную его постановку в крупных городах и отчасти в промышленных центрах, съезд вместе с тем констатирует значительную его отсталость на селе. Таким образом, считая городскую сеть до известной степени стабилизированной, съезд полагает, что все внимание должно быть сосредоточено на поднятии дела родовспоможения на селе, для чего материальные средства должны быть направлены в первую очередь для организации на периферии сети учреждений по родовспоможению и для подготовки соответствующего квалифицированного персонала, как высшего, так и среднего.

Из двух форм родовспоможения съезд оказывает решительное предпочтение стационарной помощи (в больницах или в родильных домах). Учитывая, однако, что на селе, в силу экономических и бытовых условий, в ближайшее время будет преобладать акушерская помощь на дому, съезд допускает временное сочетание стационарной помощи с акушерскими пунктами, при радиусе не более 10 верст от медицинского участка».

Таким образом, I Всеукраинский научный съезд акушеров-гинекологов, в работах которого принимали участие крупнейшие специалисты Союза ССР, санкционировал своим решением временное сочетание стационарной помощи с разъездной в условиях села. Это в значительной мере облегчило органам здравоохранения практическую задачу организации сельского родовспоможения, сломив пассивное сопротивление некоторой части сельских врачей, не отказавшихся еще от традиционных установок земской медицины на исключительно врачебную и стационарную родильную помощь.

На VIII Всесоюзном съезде акушеров-гинекологов, состоявшемся в мае 1928 года тоже в Киеве, пятое научное заседание было полностью посвящено вопросу охраны материнства и младенчества, как программному. Основным докладчиком была В. П. Лебедева, сделавшая доклад на тему: «Охрана материнства и младенчества в РСФСР».[1]

---

[1] Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов. Киев, стр. 294, 1930.

Значительная часть доклада была посвящена разделу организации ясельной сети. Но известное внимание было уделено и организации родовспоможения.

Констатируя рост сети родильных коек в 1926 г. (14 000 коек) и числа акушеров (5 606), В. П. Лебедева подчеркивала, что «они сосредоточены главным образом в городах». Докладчица специально остановилась на вопросе о перспективах развития родильной помощи в РСФСР, согласно которой было необходимо: 1) развернуть родильные отделения в тех участковых больницах, где они еще не организованы; 2) 10% из намеченных к постройке новых 30 000 лечебных коек, т. е. 3 000 отвести для целей родовспоможения; 3) развернуть родильные отделения в 2—3 койки при всех амбулаторных врачебных учреждениях»[1].

VIII Всесоюзный съезд в резолюции по докладу В. П. Лебедевой подтвердил решение I Всеукраинского съезда в области организации сельского родовспоможения смешанного типа, но внес некоторые важные добавления: допуская организацию родильных коек при амбулаторных врачебных участках, съезд нарочито подчеркнул, что акушерские пункты должны быть без коек, т. е. должны быть пунктами исключительно помощи на дому. Чрезвычайно важным является пункт резолюции, в котором вновь поднимается вопрос об освобождении акушерок от всякой посторонней медицинской работы. Это требование красной нитью проходит через решения самых различных съездов и совещаний. Оно же повторяется во всех инструкциях Наркомздрава СССР, РСФСР и других звеньях системы здравоохранения, так как всякая посторонняя медицинская работа, ограничивая объем деятельности акушерки, непосредственно влияет и на размеры охвата населения родовспоможением. При этих условиях прямая функция и задача акушерки — родовспоможение — превращается в акушерскую помощь «мимоходом», как было в период земства.

Всеукраинское совещание акушеров-гинекологов, организованное Наркомздравом УССР 20—24 марта 1934 года, превратилось в съезд, в котором широкое уча-

---

[1] Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов. Киев, стр. 295, 1930.

стие приняли акушеры-гинекологи РСФСР и ответственные сотрудники Наркомздрава [1]. Благодаря этому работы совещания приобрели всесоюзное значение и были учтены в полной мере при составлении резолюции состоявшегося через год IX Всесоюзного съезда.

На совещании было поставлено три програмных вопроса: 1) организация родовспоможения; 2) воспалительные заболевания женской половой сферы и 3) работа женской консультации. Первой и третьей теме было посвящено три заседания, на которых было заслушано 23 доклада. Из их числа следует особо отметить доклад д-ра С. С. Лихтмана «Заболеваемость и смертность женщин в связи с родами» — содержащий, в весьма, правда, неясной форме, идею научной борьбы против материнской смертности. Этот вопрос был поставлен и разрешен на II Украинском съезде акушеров-гинекологов в 1938 году. Доклад д-ра А. Ф. Зеленского: «Мертворождаемость, недоношенность и ранняя детская смертность в связи с мероприятиями антенатальной, интранатальной и постнатальной охраны ребенка в системе родовспоможения» поднял вопрос, составляющий одну из важнейших проблем акушерства настоящего времени.

IX Всесоюзный съезд акушеров и гинекологов происходил с 9 по 14 марта 1935 года в Москве. В числе програмных вопросов в порядок дня предполагалось поставить следующие темы организационного характера: 1) акушерско-гинекологическая помощь в системе охраны материнства и младенчества и перспективы ее развития во второй пятилетке; 2) организация родовспоможения в промышленных центрах, колхозах и совхозах; 3) подготовка акушерок.

Эти програмные темы были, однако, сняты по указанию Наркомздрава, решившего перенести обсуждение чисто организационных вопросов на специальные конференции с привлечением научных и научно-практических работников охраны материнства и младенчества. Таким образом, IX съезд носил по своей тематике научно-клинический характер. Только последнее заседание (индивидуальные доклады) было посвящено организационным вопросам родовспоможения.

---

[1] Всеукраинское совещание акушеров-гинекологов, Харьков, 1934.

Касаясь доклада О. П. Ногиной по важным вопросам организации родовспоможения, мы остановимся лишь на отдельных положениях доклада, представляющих особенный интерес в организации родовспоможения. Констатируя незагруженность родильной койки в сельских местностях, О. П. Ногина объясняет это прежде всего пассивностью акушерки и участкового врача, которые ждут, когда колхозница придет к ним рожать. Как она указывает, акушерка используется на какой угодно работе, но работу по патронажу беременных, по их учету, по профилактике не ведет, предпочитая заниматься лечебной работой, давать порошки, делать перевязки и т. д.

Второй причиной незагруженности сельской родильной койки О. П. Ногина считала «неудовлетворительное качество обслуживания не только в участковой, но и в районной больнице: культурный уровень деревни вырос настолько, — указывала она, — что нужно иметь что-то привлекательное, чтобы колхозница, вопреки традиции рожать с бабкой на дому, стремилась попасть на эту койку...».

«Основные задачи, стоящие сейчас перед родовспоможением в деревне, заключаются в приближении родильной помощи к колхознице... Сейчас предстоит развертывание мелких колхозных родильных домов; это новый вид родильной помощи, еще не имеющий опыта в прошлом...».

В прениях по докладу О. П. Ногиной М. Ф. Леви подчеркнул, что сельские (колхозные) родильные дома должны быть так оборудованы, чтобы они могли оказывать необходимую помощь при родах. В этом отношении большую роль должен сыграть Наркомзем, в разработке проекта определенного типа родильного дома, который будет утверждаться в Наркомздраве... Переходя к вопросу о подготовке акушерок, он указывал, что за 8 месяцев акушерку нельзя будет подготовить, так как акушерка должна превосходить намного по своим знаниям повитух.

Наконец, колхозный родильный дом не должен ликвидировать разъездную родильную помощь. Разъездная акушерская помощь должна подготовить население к стационарному родовспоможению, которое надо всемерно развивать.

Проф. Е. И. Кватер (Москва), считая важным вопрос о типе колхозного родильного дома, указал, что научные работники должны включиться в разработку нового проекта родильного дома, имея в виду, чтобы он, с одной стороны, соответствовал правилам асептики, был рационально спланирован и оснащен для оказания родильной помощи и, с другой — был бы легко осуществим в ближайшее время. Он заявил, что акушерско-гинекологическая клиника 1 ММИ берет на себя обязательство: 1) активно участвовать в разработке типа колхозного родильного дома;- 2) взять на себя шефство над организацией показательного колхозного родильного дома и 3) организовать при клинике курсы для подготовки акушерок.

В заключительной части резолюции IX Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов по докладу О. П. Ногиной записано[1]:

«.. перед родовспоможением в деревне стоят следующие задачи:

а) организация новой формы стационарного обслуживания деревни — открытие колхозных родильных домов;

б) расширение числа самостоятельных акушерских пунктов для проведения разъездной работы в целях оказания родильной помощи на дому;

в) организация женской и детской консультации не менее одной на район.

Учитывая, что организация широкой коечной сети в виде мелких колхозных родильных домов на базе широкой самодеятельности колхозной общественности является новым видом родильной помощи, не имеющей опыта в прошлом, Всесоюзный съезд акушеров-гинекологов считает необходимым привлечь к этому делу все научно-общественные силы страны, связанные с этой областью работы...

Освободить всех акушерок от нагрузок, не связанных с их прямой работой, а тем самым дать им возможность шире развить патронажную работу.

Съезд считает необходимым включить в программу преподавания медвузов лекции и занятия по организации родовспоможения».

---

[1] Приводится в извлечении.

Таковы решения IX Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов по вопросу организации родовспоможения.

II Украинский съезд акушеров-гинекологов, состоявшийся в 1939 году в Киеве, является новым этапом в деле развития акушерско-гинекологической помощи в стране и не только потому, что проблема организации родовспоможения занимала на съезде центральное место, сколько потому, что этот съезд обусловил плодотворное объединение науки и организационной практики в деле дальнейшего развития акушерско-гинекологической помощи в Советском Союзе.

Эта роль съезда особенно выпукло подчеркивается во вступительной части резолюции по первому программному вопросу съезда — «Организация родильной помощи».

Из вступительной части резолюции видно, что вопросы обеспеченности населения — в том числе и сельского — сетью родильных коек в основном разрешены и составляют уже пройденный этап для советского родовспоможения, перед которым стоят теперь новые задачи. Среди них на первом плане стоит вопрос о том, чтобы повысить в созданной обширной сети родильных домов качество самой работы. Это значит перестроить всю работу учреждений акушерско-гинекологической помощи вплоть до районной больницы на основе единой научно обоснованной методики медицинской и организационной работы.

Мы считаем необходимым остановиться на двух вопросах, нашедших отражение в резолюции. Один из них говорит о том, что в соответствии со структурой Наркомздрава Союза ССР, утвержденной Совнаркомом СССР 3.X.1938 года, руководство организацией родильной помощи во всем ее объеме должно быть возложено на самостоятельные управления, отделы, секторы или группы родовспоможения, которые должны быть непосредственно подчинены заведующим здравотделами.

По второму вопросу о научном контроле и учете мертворождения и смертности съезд рекомендует «Создать областные комиссии и сделать обязательным рассмотрение каждого случая материнской смертности на врачебных конференциях, в научных обществах и материалы с резюме последних передавать в областные и республиканские комиссии. Все случаи мертворождения и

детской смертности должны также подвергаться рассмотрению и анализу на больничных врачебных конференциях. Комиссии эти ни в коем случае не должны подменять административно-судебные органы, а должны быть исключительно школой для врачей, местом, куда любой врач мог бы обратиться за медицинским советом».

Таким образом, комиссии по научному контролю и учету материнской и детской смертности, включая мертворождаемость, и представляют собой те приводные ремни, при помощи которых принципы единой методики медицинской и организационной работы должны были внедриться в практику работы массы врачей.

Одним из важнейших програмных вопросов II Украинского съезда являлся вопрос обезболивания родов. Резолюция, подводя итоги практике широкого применения обезболивающих средств, рекомендует ряд мероприятий по расширению применения этого метода. Помимо своего гуманитарного значения, массовое обезболивание является могущественным стимулом для того, чтобы поднять практику акушерской помощи на новый, более высокий уровень.

Среди съездов акушеров-гинекологов известное значение имеют закавказские съезды. Таких съездов было проведено всего два: I Закавказский съезд акушеров-гинекологов состоялся 15—21.IX 1930 года в Тифлисе[1], а II Закавказский съезд происходил в Ереване в 1936 году[2]. Хотя в своей работе за пределы местных вопросов оба съезда не выходили, но они имели определенное значение в развитии родовспоможения в Закавказье. В их работе принимали участие научные работники РСФСР (в частности Москвы и Ленинграда) и Украины.

На I Закавказском съезде были обсуждены вопросы, связанные с первыми этапами деятельности в области организации родовспоможения в этих многонациональных республиках, с их своеобразным бытом, особенностями и

[1] Труды I Закавказского съезда акушеров и гинекологов. Тифлис, 1931.

[2] Труды II Закавказского съезда акушеров и гинекологов.

т. д. Мы уже говорили о тяготах и даже опасностях, которые приходилось преодолевать некоторым организаторам акушерской помощи в Грузинской ССР. Тем интереснее сопоставление данных, представленных на I Закавказском съезде с данными II съезда, когда советское родовспоможение упрочилось в трех республиках Закавказья.

На конец 1929 года в Грузинской ССР с населением в 2 832 000 человек было акушерских и гинекологических коек 549, из них в городах было всего 320 родильных коек, в том числе 227 врачебных. Средний охват родильной помощью в 1928—1929 гг. был равен всего 18,7%, максимальный охват был в Тифлисе — 76,2% [1]. Первая детская консультация была устроена в 1921 году, а первые женские консультации в 1927 году.

Своеобразной формой родовспомогательного учреждения были «красные юрты» — передвижные консультации для обслуживания кочевого и полукочевого населения.

На I съезде А. Б. Кочарян сделал доклад «О состоянии акушерской помощи в ССР Армении». Население Армении в 1929 году составляло 980 000, из них 148 000 в городах (15,1%). Рождаемость была чрезвычайно высока — 50 на 1000. Сеть родильных коек была более чем скромная: в городе — 82 койки (включая гинекологические, на которых часто госпитализировались женщины с абортом), в том числе в Эривани — 35, в Ленинакане— 25; на участках — 54 койки.

Охват родильной помощью: в городах — 52,6%, в прочих местностях — 2,3%, средне-республиканский показатель—10,5% [2]. Низкий процент охвата родильной помощью имеет, конечно, свои объективные причины в обычаях, вековых предрассудках, замкнутости семейного быта — создающих такие условия, при которых крестьянке трудно пользоваться услугами родильного дома [3].

Из доклада проф. Г. Я. Арешева «Об акушерской помощи в гор. Эривани» видна динамика роста родовспоможения с 1920 по 1929 год: число поступивших выросло за этот 10-летний период от 397 до 3 456 (896,0%

---

[1] Труды I Закавказского съезда акушеров и гинекологов, стр. 347.

[2] Там же, стр. 360.

[3] Там же, стр. 361.

прироста), число коек от 20 до 35 (75,0% прироста), количество населения от 70 000 до 100 000 (43% прироста). По нормам настоящего времени для обслуживания этого населения потребовалось бы 170 коек.

Вокруг этих докладов развернулись оживленные прения, причем в некоторых выступлениях выдвигались такие старинные, давно изжитые мероприятия, что их стоит привести. Так, Абуладзе оправдывал необходимость иметь повитуху среди тюркских женщин, ибо они заменяют «хозяйку» во время родового периода. Но необходимо, чтобы эти повитухи из местного населения предварительно могли бы пройти стаж санитарок при акушерской клинике или при каком-нибудь родовспомогательном учреждении. Вспоминая, что такой тип повитух в свое время подготовлялся в киевской клинике, Абуладзе говорил:

«Должен с умилением отметить, что из таких женщин выработались в сравнительно короткий срок прекрасные при акте родов помощницы, спокойные, внимательные, наблюдательные и незаменимые в смысле ухода за родильницей и младенцем, так называемые «сиделки», вполне готовые к самостоятельному и разумному выполнению обязанностей акушерки, легко справляющиеся и без врача при нормальных родах и послеродовых периодах...»[1]. Так стремились некоторые акушеры воскресить старые, земские «идеалы» в подготовке повитух, не имеющих никаких знаний и безусловно не пригодных для оказания квалифицированной помощи при родах.

Как это ни странно, но проф. Л. И. Бубличенко выступил с возражением против «возрождения самостоятельных акушерских пунктов, санкционированных I Всеукраинским съездом 1927 года», ссылаясь на неудачу аналогичного опыта, уже проделанного 30—40 лет тому назад. Он высказывался за планирование сети врачебных участков, продолжая стоять на позициях земской медицины, т. е. откладывая возможность реальной организации акушерской помощи.

На II Закавказском съезде мы уже слышали другие речи. Вопрос об устройстве родовспоможения в республиках Закавказья в организационном отношении принци-

[1] Труды I Закавказского съезда акушеров и гинекологов, стр. 395.

пиально был уже разрешен, и перед органами здравоохранения стояла задача практического характера, требующая разрешения в соответствии с местными условиями каждой республики. Первое и второе заседание съезда целиком посвящены программному вопросу: «Строительство родильных домов в колхозах и промышленных центрах». По этому вопросу было заслушано 12 докладов, из которых 5 касались непосредственно организации колхозных родильных домов.

Против строительства колхозных родильных домов выступил проф. Чернеховский, рекомендовавший вместо колхозных организовывать межколхозные родильные дома. Приведем его подлинные слова: «Родильный дом не должен функционировать без врача-акушера, лучше поэтому строить не колхозные, а межколхозные дома...».

Но ведь между колхозными родильными домами и так называемыми «межколхозными» по существу никакой разницы нет; «межколхозных» родильных домов не существует: это тот же небольшой родильный дом, но организуемый и содержимый на средства нескольких (до 10, иногда 20) небольших, маломощных колхозов. Следовательно, перемена названия не решает принципиально вопроса, назначать туда врача или нет.

Акушерка должна, как указывает проф. Чернеховский, обслуживать рожениц на дому, что по его мнению, якобы лучше, чем роды в маленьком колхозном родильном доме. По его мнению, необходимо устройство межколхозных родильных домов на 30—35 коек во главе с врачом-акушером, а пока в колхозы посылать нужно подготовленных акушерок для помощи на дому [1].

Такая позиция, являющаяся шагом назад даже по сравнению с требованиями земских врачей, узаконяла на неопределенно долгое время помощь на дому для колхозниц, т. е. для подавляющей массы сельского населения.

Выступление проф. Чернеховского встретило резкую отповедь со стороны делегатов съезда, причем некоторые из них решительно указали на ошибочность его позиции.

Проф. К. Н. Жмакин (Сталино) указал, что «Его (Чернеховского) положение о необходимости организации

[1] Труды II Закавказского съезда акушеров и гинекологов, стр. 165.

крупных межколхозных родильных домов под руководством опытного врача и невозможности передать заведывание колхозным родильным домом акушерке является утопией... Ведь если принять такой взгляд, то мы должны предоставить бабкам полную свободу...»[1].

«Понятно, что в такой колхозный родильный дом должны быть направляемы опытные акушерки, необходим также систематический контроль со стороны врача. При такой постановке колхозный родильный дом становится не только медицинским учреждением, но и очагом культуры на селе...»[2].

Из представленного краткого обзора деятельности научных съездов акушеров-гинекологов видно, что они сделали ценный вклад в дело организации акушерско-гинекологической помощи в нашей стране.

Наряду со съездами республиканского значения было проведено много научных съездов и конференций областного и межобластного значения. Далеко не все из них даже учтены, хотя некоторые областные и межобластные научные конференции были весьма плодотворны и значимость их выходила далеко за пределы местных интересов. Останавливаться на них мы не можем, так как этого не позволяют рамки нашей работы.

В настоящее время родовспоможение занимает определенное и прочное место в системе здравоохранения, начиная с министерств и кончая здравотделами на местах. Такое положение благоприятствует развитию организации акушерско-гинекологической помощи в нашей стране. В период формирования дела родовспоможения это было далеко не так. Органы, ведавшие им, занимали неопределенное место в составе самого Наркомздрава, и в особенности местных органов здравоохранения. Вначале организация родовспоможения составляла одну из функций системы охраны материнства и младенчества. Хотя такая структура и была узаконена, но практически сеть родильных коек была сосредоточена преимущественно в больницах. Мы уже говорили о том, с какими трудностями органам охраны материнства и младенчества удалось добиться признания лечебными отделами и подот-

[1] На съезде был показан заснятый с натуры фильм, в котором демонстрировались приемы повитух.

[2] Там же, стр. 168.

делами их руководящей роли в деле родовспоможения. В борьбе с рутиной и косностью врачей-лечебников родовспоможение много выиграло от того, что входило в состав такой мощной и авторитетной организации как охрана материнства и младенчества. Но по существу дела в пользу необходимости такой органической связи приводилось больше мотивов формального порядка, чем деловых соображений [1].

Мы определяли в свое время задачи родовспоможения в системе охраны материнства и младенчества следующим образом.

Исходя из задач охраны материнства и младенчества, родовспоможение естественно заключает в себе следующие четыре стороны:

1) охрана женщин во время беременности;
2) охрана женщин во время родов;
3) охрана женщин после родов;
4) охрана младенца.

Определяя таким образом задачи родовспоможения в системе охраны материнства и младенчества, мы их еще значительно суживаем, так как в них, несомненно, должно входить еще наблюдение за периодом роста и развития девочек и задолго до наступления не только беременности, но и половой зрелости. Первые три задачи безоговорочно входят в задачу акушера-гинеколога, т. е. составляют функции органов родовспоможения; охрана младенца проводится в родовспомогательных учреждениях с привлечением педиатров, (там, где они имеются) или акушерами там, где в штате нет педиатра, т. е. в большом количестве мелких учреждений. Нет никаких оснований считать, чтобы выполнением этих задач руководили органы охраны материнства и младенчества, ибо до тех пор, пока нет ребенка, беременная находится в ведении акушера. Антенатальная охрана младенца тоже проводится акушером. Единственным моментом в пользу слияния функций охраны материнства и младенчества в рамках единой организации следует считать фактическое положение дела, в силу которого родильные дома представляли и представляют собой учреждения больничного

---

[1] М. Ф. Леви. «Родовспоможение в системе охраны материнства и младенчества». М. Л., 1929.

типа, ставящие перед собой задачи не только лечения, но и профилактики заболеваний.

По мере роста участия женщины в работе различных отраслей промышленности и сельского хозяйства (особенно в период коллективизации его) на первый план выступил вопрос о ясельном обслуживании огромного количества детей.

Эта сторона деятельности органов охраны материнства и младенчества сделалась главным содержанием их работы, что значительно ослабило внимание к прочим учреждениям охраны материнства и младенчества, а тем более к родовспоможению. Дальнейший «симбиоз» этих двух ветвей системы охраны материнства и младенчества становился не только излишним, но и вредным, тормозя процесс развития организации акушерско-гинекологической помощи населению.

Подчеркивая крупнейшее значение ясельного дела, ЦК ВКП(б) постановлением от 28 июля 1932 года поставил перед органами здравоохранения, исполкомами и хозяйственными организациями задачу дальнейшего развертывания и укрепления ясельной сети.

В развитие этого решения Коллегия Наркомздрава РСФСР издала 25 августа 1932 года постановление «О реорганизации и постановке ясельного обслуживания рабочих и колхозников». Постановление гласило:

«1. Реорганизовать Сектор ОММ Наркомата в два управления:

а) Управление яслями;

б) Управление родовспомогательными учреждениями.

2. На управление родовспомогательными учреждениями возложить руководство стационарами родильной помощи и помощью на дому при родах, женскими консультациями, абортной помощью, мероприятиями по борьбе с абортами и организацию населению гинекологической помощи.

3. Обязать Край-обл-гор-водздравотделы и наркомздравы автономных республик не позднее 1 октября реорганизовать отделы охраны материнства и младенчества в специальные управления, возложив на них указанные в п. 2 задачи...».

Таким образом, постановление от 25 августа 1932 года очертило круг задач, входящих в компетенцию Управ-

лений родовспомогательными учреждениями в рамках, отвечающих существующему и сейчас порядку вещей, включая в себя и организацию гинекологической помощи.

Это постановление можно считать поворотным пунктом в истории развития советского родовспоможения. Однако реализация его встретила некоторые трудности на местах при выделении самостоятельных органов Управления родовспоможения в край-облздравотделах, в наркомздравах союзных республик (за исключением РСФСР и УССР).

Причина этих трудностей заключалась в отсутствии достаточно подготовленных врачей акушеров-гинекологов, имеющих опыт административной и организационной работы. Вследствие этого организовать аппарат, способный управлять делом родовспоможения удалось с трудом. В большинстве областных и городских здравотделов дело свелось к выделению одного или двух работников в составе лечебных отделов, а в некоторых случаях и в ясельных управлениях, не подчиненных непосредственно заведующим здравотделами или хотя бы их заместителям. Управление родовспомогательными учреждениями Наркомздрава РСФСР, а также УССР, не имело на местах тех рычагов, при посредстве которых оно могло быстро проводить в жизнь свои решения.

В 1933 году в этот, казалось бы, прочно и надолго установившийся порядок было внесено новое изменение. Была восстановлена система охраны материнства и младенчества, в которой был создан сектор родовспоможения, снова занявший зависимое положение. Однако Управление родильными домами за два года своей деятельности настолько упрочилось и оправдало свое существование, что и в составе охраны материнства и младенчества сохранило свою относительную самостоятельность.

Такое положение продолжалось недолго и уже в 1937 году, вскоре после сформирования Наркомздрава Союза ССР, управление делом родовспоможения было выделено в совершенно самостоятельную отрасль здравоохранения.

7. О НАПРАВЛЕНИЯХ В РАЗВИТИИ СОВЕТСКОГО РОДОВСПОМОЖЕНИЯ

До сформирования Народного Комиссариата Здравоохранения Союза ССР, объединившего деятельность наркомздравов союзных республик и направившего их по единому руслу, в структуре и в характере деятельности органов родовспоможения можно отметить три направления — независимо от того, в какой системе они находились. Все они стремились, несомненно, к одной общей цели, хотя шли к ней разными путями, правильнее говоря — из различных отправных пунктов. В конечном итоге сочетание этих трех направлений привело к созданию единой системы акушерско-гинекологической помощи, принятой в нашей стране.

Одно направление, основное, по которому равнялись и союзные республики, было направление, принятое Наркомздравом Федерации. Ведущую роль в нем занимала Московская организация. Внутри Федерации развивалось Ленинградское направление, имевшее свои особенности. значительно отличавшие ленинградскую организацию акушерской помощи от московской. Наконец, своим собственным, самостоятельным путем развивалось родовспоможение в Украинской ССР. Система, принятая в РСФСР, в достаточной мере нами охарактеризована. Мы считаем необходимым в общих чертах обрисовать особенности украинского и ленинградского направлений.

В УССР с самого начала в единой организации были слиты охрана материнства и младенчества с охраной детского возраста и вся система в целом получила название «Охраны Материнства и Детства». Насколько эта система оправдала себя, видно из того, что именно такая структура принята в настоящее время под названием «Управления лечебно-профилактической помощи детям». Такая структура имеет чрезвычайно важное значение, ибо вопросу лечебно-профилактического обслуживания детей больничные управления уделяли совершенно недостаточное внимание.

Второй особенностью украинской системы родовспоможения следует считать определенную тенденцию развертывать даже самостоятельные родильные дома на базе больниц. В смысле экономическом это имело извест-

ное преимущество, несколько сокращая расходы по хозяйственной части. Тем не менее, как бы четко в организационном смысле не были размежеваны взаимоотношения между администрацией больницы и самостоятельного родильного дома, построенного на территории больницы, такая система на практике ставила родильные дома в известную зависимость от больницы, в особенности в том случае, если родильный дом не имел собственной кухни.

Существует еще множество деталей, отличающих украинскую систему от федеративной, но мы на них останавливаться не будем.

В Ленинграде, который является колыбелью охраны материнства и младенчества, надолго сохранились традиции первого революционного периода. Здесь прочно сохранилась номенклатура учреждений этого периода, до известной степени определявшая и содержание их работы, Так, например, консультации назывались «пунктами ОММ», вплоть до приказа НКЗдрава СССР от 13.VIII.1939 г., установившего единую номенклатуру для всех лечебно-профилактических учреждений, как обязательное условие для их финансирования. Если примитивная консультация первых лет послереволюционного времени на самом деле была только «пунктом» с ограниченными задачами профилактического характера, то называть «пунктом» городскую консультацию развернутого типа, с ее многообразными функциями — является чистейшим анахронизмом.

Учреждения охраны материнства г. Ленинграда значительно позднее «эмансипировались» от влияния сектора охраны младенчества, чем в Москве.

Родовспоможение, в узком смысле слова, надолго сохранилось в системе больниц. Даже такой крупный самостоятельный родильный дом, как «Родовспомогательное заведение», широко известное под названием «Надеждинка» (ныне родильный дом им. Снегирева) сохранило структуру родильного дома дореволюционного периода. С трудом Наркомздраву удалось добиться организации приема рожениц по трем потокам, — отделения обслуживания лихорадящих рожениц от здоровых, достаточно изолированного приема гинекологических больных и т. д.

Это еще не значит, что такие крупные, с нашей точки зрения, организационные недочеты отразились резко отрицательно на итогах деятельности ленинградских учреждений, так как они располагали высококвалифицированными кадрами врачей акушеров-гинекологов. Но не менее верно, что устранение организационных недочетов должно было улучшить результаты обслуживания населения, уменьшить заболеваемость и смертность матерей и, в особенности, новорожденных. Поэтому успокаиваться на достигнутых относительно благоприятных показателях никак нельзя. Всякая попытка установить такой предел для снижения смертности и заболеваемости в акушерстве сама по себе неприемлема. Практика жизни давно уже опрокинула все эти «предельные нормы» в области родовспоможения.

Интересной формой работы Ленинградской организации являлось устройство так называемых «ячеек ОММ на предприятиях», возникших в 1932 году. Ячейки охраны материнства и младенчества на предприятиях устраивались в целях проведения мероприятий по предупреждению и по снижению заболеваемости среди работниц. По существу и по характеру своей работы это были «закрытые» консультации. Особенностью Ленинградских ячеек охраны материнства и младенчества следует считать то, что они устраивались на предприятиях, как совершенно независимые от консультаций, самостоятельные учреждения со своим штатом, бюджетом и т. д. Характерно, что руководство ячейками охраны материнства и младенчества со стороны Ленгорздравотдела было совершенно номинально, ограничиваясь учетом сети их и ассигнованием средств на содержание персонала. Фактическое же руководство ими, не только методическое, но и оперативное, было «передоверено» Институту охраны материнства и младенчества. Все перечисленные особенности ячеек охраны материнства и младенчества были в то же время и слабостью их, что в особенности относится к полному отрыву их от основной, базовой консультации района. В связи с этим работа их не всегда была полноценной, что вызывало необходимость часть работы передавать в районные консультации. Преимущество ячеек охраны материнства и младенчества было в том, что, во-первых, они вели приемы гинекологических больных и, во-вторых,

проводили большую санитарно-гигиеническую работу на самом предприятии.

При всех недочетах в работе этих организаций, следует отметить, что они содержали в зародыше все основные элементы функций закрытой консультации и дальнейшее развитие их привело к организации законченной системы обслуживания работниц промышленных предприятий акушерско-гинекологической помощью. Оформление этой системы во всех ее деталях нашло свое выражение в специальной инструкции, утвержденной Народным Комиссариатом Здравоохранения Союза ССР от 4 декабря 1942 года.

Развитие дела охраны здоровья женщины в трех направлениях, в конечном итоге, оказалось полезным. Горячие споры вокруг этого вопроса выявили недостатки и преимущества каждого из них, а практика применения проверила их, отмела все, что было нежизненно и сохранила все здоровое в системах московской, украинской и ленинградской.

8. ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ В ГОРОДСКИХ СТАЦИОНАРАХ

Из прочих показателей, характеризующих качество родильной помощи, существенное значение имеет количество проведенных обезболиваний родов. Согласно указаниям Наркомздрава Союза ССР к составлению плана здравоохранения на 1941 год количество обезболиваний должно быть доведено до 30% всех родов, а в более крупных городах с населением свыше 50 тысяч человек — не менее 40%. Если принять в качестве допустимого минимума 30% обезболивания в среднем по Союзу ССР и по отдельным союзным республикам, то это требование было выполнено в 1940 году лишь в двух республиках — Узбекской ССР (33,4%) и Таджикской ССР (34,4%).

Затем, в порядке последовательности, идут: Киргизская ССР — 25,7%, Украинская ССР — 24,2% и РСФСР — 20,9%. Резко отставали Армянская ССР (14,0%), Белорусская (11,6%) и Грузинская ССР (11,1%). В среднем по Союзу ССР процент родов с обезболиванием составлял в 1940 году 21,2% против 25,3% в 1939 году. Количество обезболиваний родов повысилось по сравнению с

1939 годом только в четырех союзных республиках — Узбекской, Таджикской, Казахской и Киргизской. Удельный вес врачебных родовспоможений, проведенных в стационарах этих республик, весьма невелик по сравнению с общим их количеством по Союзу ССР, а потому некоторые сдвиги в распространении применения обезболивания при родах не имели никакого влияния на общий показатель по Союзу ССР. В остальных союзных республиках количество проведенных с обезболиванием родов в лучшем случае осталось почти стабильным (РСФСР и УССР), а в некоторых республиках снизилось. Из этого следует, что органы здравоохранения недооценили тогда значения обезболивания, несмотря на повторные указания со стороны Наркомздрава Союза ССР.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наличие достаточной сети родильных коек, обеспеченность учреждений родильной помощи кадрами и надлежащая оснащенность их — необходимые условия для правильной организации акушерской помощи населению. Однако, всего этого еще недостаточно для того, чтобы уровень родовспоможения был поднят на высоту, достойную социалистического государства. Внутреннее содержание этим материальным средствам дают живые люди, деятельность которых является решающим фактором в деле освоения сети и достижения высоких качественных показателей акушерской помощи.

Степень освоения сети родильных коек непосредственно определяется уровнем охвата населения медицинской помощью в родах. Высота охвата сама по себе уже характеризует родовспоможение, ибо при всех прочих равных условиях роды, проводимые при помощи образованной акушерки, а тем более врача, имеют несоизмеримые преимущества перед родами, проводимыми без их помощи, т. е. практически предоставленными власти повитух, как бы они не именовались.

Основными показателями качества медицинской работы учреждений родильной помощи являются.

1. Снижение уровня заболеваемости и смертности матерей в связи с беременностью и родами.

2. Снижение уровня заболеваемости и смертности новорожденных.

3. Низкий уровень мертворождений.

4. Низкий уровень недонашивания.

Все затраты и усилия, связанные с созданием материальной базы, могли бы оказаться неоправданными, если бы медицинская деятельность учреждений не ста-

вила перед собою в качестве прямой задачи — борьбу за жизнь каждой матери, каждого ребенка, довольствуясь относительно благоприятными средними показателями.

В конечном счете эти основные медицинские показатели зависят от научной и клинической подготовки врачей, от квалификации среднего медицинского и подсобного персонала, от организации медицинского обслуживания и санитарного режима в учреждении, от качества ухода за женщиной и ребенком и ряда других моментов, определяющих всю совокупность качества работы в родовспомогательном учреждении.

На основании проведенного нами изучения истории развития организации родильной помощи населению России можно сделать следующие общие выводы:

1. Организации родовспоможения как общественной государственной системы оказания родильной помощи у постели роженицы в допетровской Руси, как равным образом и в эпоху Петра I, совершенно не существовало.

2. Из-за отсутствия организованного государственного родовспоможения население прибегало к помощи повитух, и мы видим их на всем протяжении истории Российского родовспоможения. Вследствие этого значительное число рожениц подвергались всевозможным пыткам и мучениям и нередко погибали отчасти от родильной горячки, а отчасти от таких осложнений, как кровотечение, которое во многих случаях можно было бы устранить своевременной подачей квалифицированной медицинской помощи.

3. Благодаря энергии, настойчивости и гуманности выдающегося деятеля того времени Павла Захаровича Кондоиди были учреждены «бабичьи школы» в 1757 году в Москве и Петербурге.

Предполагалось, что учащиеся в этих школах акушерки, в числе 25, будут, в порядке практического изучения акушерства оказывать родильную помощь беднейшему населению столиц. Однако, эта попытка, несмотря на все старания и добрую волю П. З. Кондоиди, практического успеха не имела.

Городские акушеры и присяжные повивальные бабки (старшие и младшие), введенные тем же П. З. Кондоиди, несли скорее административные функции и оказывали родильную помощь в единичных случаях.

4. Во второй половине XVIII ст. были основаны при Воспитательных домах—Московском в 1764 и С.-Петербургском—в 1771 году—повивальные школы с родильными приютами при них на 20 коек. Эти приюты имели закрытый характер тайных (секретных) убежищ, предназначенных исключительно для незамужних женщин, а следовательно, не могут рассматриваться как учреждения государственной родильной помощи, доступной более широким массам населения. Тем не менее учреждение их имело определенное значение, поскольку они положили начало правильному преподаванию акушерства и оказанию родильной помощи хотя бы крайне ограниченному числу лиц.

5. Дальнейшим этапом в развитии родильной помощи населению России следует считать основание в 1797 году в С.-Петербурге третьего родильного госпиталя или «императорской родильни», предназначенной для приема замужних женщин.

К тому же времени относится также выделение преподавания повивальной науки, как самостоятельной дисциплины. Несмотря на принципиальную значимость этих мероприятий, они не имели практического значения в удовлетворении населения родильной помощью.

В первую половину XIX в. ничего не было сделано для оказания практической родильной помощи населению городов, не исключая и столицы. Лишь со времени создания во второй половине XIX в. при университетах клиник акушерства и гинекологии население университетских городов начинает отчасти пользоваться квалифицированной акушерской помощью. Тем не менее, общеизвестно, что обслуживаемые клиниками контингенты рожениц были ничтожны и на общий охват населения России родильной помощью никакого влияния не оказывали.

6. Организация родильной помощи населению городов городскими самоуправлениями находилась ко времени Октябрьской революции в зачаточном состоянии. Подавляющее большинство родильных коек было сосредоточено в двух столицах и нескольких более круп-

ных городах, преимущественно университетских. Существовавшая небольшая сеть родовспомогательных учреждений была распылена между многочисленными ведомствами.

Большинство благоустроенных учреждений существовало за счет благотворительности. Все это затрудняло проведение эффективного контроля за ними. Подавляющее большинство населения в городах царской России пользовалось помощью бабок-повитух. Даже в Москве, где родовспоможение было относительно лучше организовано, при банях содержались несколько повитух, которые выезжали на дом по требованию и пользовались большой популярностью.

7. Было бы, конечно, совершенно неправильно отрицать огромное прогрессивное значение земской медицины, к бесспорным заслугам которой следует отнести прежде всего крупные достижения в области санитарии и значительные успехи в организации лечебной медицины.

Эти положительные стороны деятельности земской медицины заслуживают тем больше признания, что земским врачам пришлось создать совершенно новое дело, не имея перед собой готовых образцов. Нельзя при этом не учесть, что земская медицина должна была преодолевать в своей работе значительное сопротивление со стороны земств и действовать в обстановке полного произвола органов самодержавной власти.

Однако признание за земской медициной всех ее неотъемлемых заслуг, ни в коей мере не может опровергнуть тот кардинальный факт, что в области организации родильной помощи сельскому населению почти ничего не было сделано. За 50 лет существования земств охват населения родильной помощью земской медициной достиг в среднем по России всего 5,2% (включая сюда и города).

Основной причиной такого положения дела было стремление земств организовать родильную помощь с наименьшими на нее затратами. Земства, за исключением немногих, никогда не относились серьезно к этому виду медицинской помощи.

Новое советское здравоохранение в частности советское родовспоможение быстро и прогрессивно развива-

лись. Создана была прочная материальная база для обеспечения широких масс населения квалифицированной родильной помощью: мощная сеть родильных домов и отделений, обеспеченная соответствующими кадрами.

На 1 января 1941 года в Союзе ССР, в пределах вошедших в его состав территорий б. царской России было 75 470 акушерок и фельдшериц-акушерок. Из них 40 829 или 54% работали в сельских местностях: акушерка приходилась в среднем на 2400 чел. населения и обслуживала территорию в 290 км² (против 6000 верст² по Рейну). Рациональная медицинская помощь проникла в самые отдаленные уголки нашего отечества, население которых до Октябрьской революции вообще никогда не видело не только врача, но и лиц среднего медицинского персонала.

«Прямым следствием огромного развития сети родильных коек и подготовки соответственных кадров был рост охвата населения стационарной родильной помощью. Параллельно с этим увеличился также объем охвата рожениц помощью на дому. Охват городского населения медицинской родильной помощью достиг 95,0% в среднем по Союзу ССР. В более крупных центрах охват стационарной помощью был равен 100% или был близок к этому (Москва, Ленинград, Свердловск, Минск, Калинин, Горький, Киев, Харьков, Сталино и т. д.).

В поименованных городах, как и во многих других, роды на дому составляли исключение и проводились при помощи медицинского персонала».

«В сельских местностях, по данным за 1940 год, охват рожениц медицинской родильной помощью составлял в среднем по Союзу ССР 57,0%; в частности в УССР — 83,9%, в РСФСР — 55,7%, БССР — 64,9%. На каждые 100 родовспоможений по Союзу ССР — 59 родовспоможений на селе было оказано в стационарах и 41 — в порядке разъездной помощи на дому. На каждые 100 госпитализированных рожениц 63 получили помощь во врачебных стационарах и 37 в колхозных родильных домах»[1].

---

[1] **М. Ф. Леви.** «Анализ годовых отчетов о сети, кадрах и деятельности учреждений родовспоможения в первые годы войны». Дисс. М. стр. 7, 1944.

Мы имеем все основания говорить, что в 1941 году, накануне войны родовспоможение в братских республиках, входящих в состав Советского Союза, находилось в состоянии подъема и прогрессивного развития по всем основным показателям, характеризующим организацию родильной помощи населению. Тем не менее, родовспоможение развивалось неравномерно в отдельных союзных республиках. Как мы видели, во всех союзных республиках были резервы более или менее не использованной пропускной мощности родильной сети, в некоторых весьма значительные, за счет которых можно было бы существенно повысить объем охвата населения стационарной помощью.

Достигнутые советским родовспоможением успехи объясняются следующим:

Во-первых тем, что Партия и Правительство и лично И. В. Сталин уделили и уделяют величайшее внимание организации дела охраны матери и ребенка в нашей стране и, в частности устройству общедоступной родильной помощи, претворяя в практику принципы бесплатной, общедоступной и квалифицированной медицинской помощи населению.

Во-вторых, это объясняется тем, что советское здравоохранение во всех своих мероприятиях опиралось на массы народа, на их инициативу и общественную самодеятельность.

В-третьих, это объясняется тем, что советское здравоохранение, в частности родовспоможение, развивалось как единая государственная система на основании общего плана, исходящего из задач единого народнохозяйственного плана, на основе государственного финансирования медико-санитарных организаций и лечебно-профилактических учреждений и единого контроля за их деятельностью.

В-четвертых, это объясняется тем, что в организации советского родовспоможения приняли активное участие крупнейшие наши ученые-специалисты, в связи с чем в основу строительства учреждений родильной помощи были положены требования передовой науки. Благодаря последнему обстоятельству эти требования были полностью учтены в организации лечебно-профилактической помощи беременным, роженицам и новорожденным.

В-пятых, это объясняется тем, что только в нашей системе родовспоможения действительно и полностью осуществлены принципы профилактической медицины, предусмотренные в программе ВКП(б), что стало возможным только благодаря нашему совершенному социальному законодательству, охраняющему материнство, благодаря подлинному уравнению женщин в правах с мужчиной, подтвержденному и закрепленному в Сталинской Конституции народов Советского Союза.

ЛИТЕРАТУРНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

А. Б. Городское самоуправление в России. М. 1905 г.

Алексеев А. Н. Организация акушерской помощи населению губернии. Труды 7 губ. съезда врачей Владимирского земства, Владимир, 1893.

Алелеков А. Н. и Якимов Н. И. История военного госпиталя в связи с историей медицины в России к 200-летнему его юбилею. М. 1907.

Ананьев Н. А. Здравоохранение и медицина в России XVIII в. в период дворянской империи (труды Куйбышевского Гос. М. И. и Научно-исслед. ин-тов области), 1933.

Антонов А. Н. Санитарно-просветительная работа по охране материнства и младенчества. Л. 2-е изд. 1926.

Антонов А. Н. М. В. Ломоносов и его взгляды на охрану здоровья матери и ребенка и на здравоохранение. Журн. «Вопросы педиатрии» № 5, 1940.

Антонов А. Н. Охрана материнства и младенчества, Л., 1929.

Аншелес Ю. О. К вопросу о современной постановке акушерского дела в провинции и способы его упорядочения. Доклад на IV Пироговском съезде, 1896.

Ануфриев А. А. О желательных реформах в деле современного образования повивальных бабок. Юбилейн. сборник, посв. Д. О. Отту.

Артемьев А. П. Участие и роль земства в деле упорядочения родовспоможения в России. Журн. акуш. и жен. болезней, X, 1898.

Артемьев А. П. Краткий очерк развития бабичьего дела в России и проект мероприятия по его упорядочению. 1897.

Артемьев А. П. Еще несколько слов к вопросу об упорядочении родовспоможения в России. Журн. акуш. и жен. болезней, (1505), 1897.

Артемьев А. П. Как трудно быть составителем проекта организации акушерской помощи в России. Журн. акуш. и жен. болезней (107), 1900.

Архангельская А. Г. Несколько слов о подготовке при участ. земских б-цах сельских повитух. Труды XIII губ. съезда москов. врачей. М. Отд. 4 (145), 1897.

Архангельская А. Г. К истории развития родовспоможения в земских губерниях. Журн. акуш. и жен. болезней, 1898.

Багалей Д. И. Опыт истории Харьковского ин-та, Харьков, (1899—1904).

Банщиков М. Л. Городское родовспоможение в Петрограде. Журн. акуш. и жен. болезней, том XXXV, 1925.
Баткис Г. А. и Майстрах К. В. Об изучении истории медицины, Журн. «Сов. врач», № 15, 1936.
Баткис Г. А. Развитие медицины в новое время. Журн. «Сов. врач», № 11, 1937.
Баткис Г. А. История медицины в XVI и XVII столетиях. Журн. «Сов. врач», № 12, 1937.
Белогорский П. Преобразования 60-х годов. «История имп. Военно-мед. академии за 100 лет», СПБ, 1898.
Белый Я. М. Из недавней страницы. Воспоминания земского врача. М. 1907.
Барсуков М. И. Выполнить план строительства детских учреждений, Газета «Труд», 15.X.1938, № 238.
Богат А. Охрана материнства и младенчества — завоевание Октября. М.-Л. 1931.
Богомолов А. К. Здравоохранение в Москве. М. 1926.
Боголепов П. Л. Справочник по охране материнства и младенчества. М. 1928.
Брауде И. Л., Дунаевский А. Ю. и Леви М. Ф. — Принципы планировки и организации обсервационного отделения акуш.-гин. стационара. Журн. «Гинекол. и Акушер.». М. 1935.
Брюно Г. Г. Очерк 25-летней деятельности акуш: гинек. об-ва в Киеве. Журн. акуш. и жен. болезней, т. XXVII, 1912.
Брушлинская Л. А. Санитарная статистика. Медгиз, 1944.
Брюхатов Л. Д. Значение третьего элемента в жизни земства. Юбилейный земский сборник. СПБ, 1914.
Бубличенко Л. И. Организация акушерской помощи в земских губерниях. Русский врач, 1911.
Бубличенко Л. И. Родовспоможение в Петрограде и его роль в охране материнства и младенчества. Журн. «Охраны Мат. и Млад.» Л. 1916.
Бурлаков В. М. Нечто об акушерском воспитании и организации. Мед. Беседа, № 11, 1899.
Бушуев В. Ф. К вопросу о народном врачевании при православных монастырях. Врач. №№ 39—40, 1901.
Бушуев В. Ф. Врачи и освободительное движение. Киев, 1907.
Бычков М. Я. и Приданников Н. Т. Сборник важнейших официальных материалов по организации здравоохранения. Медгиз, М.-Л. 1940.
Бычков Л. Я. Просветители в России. БСЭ, т. XVIII.
Важнов В. К вопросу о сельских повитухах. Журн. «Акуш. и жен. болезней», XI, 1898.
Веселовский Б. Б. Земские либералы. СПБ, 1905.
Веселовский Б. Б. К вопросу о классовых интересах в земстве. СПБ, 1905.
Веселовский Б. Б. История земства за сорок лет. СПБ, 1909.
Веселовский Б. Б. и Френкель З. Г. Юбилейный земский сборник. СПБ, 1914.
Вигдорчик К. А. Эволюция пироговских съездов. Журн. Об-ва русских врачей им. Пирогова, 1906.
Вигдорчик К. А. Проблема материнства в капиталистическом обществе. М.-Л. 1923.

Виолин В. А. Материалы для изучения народной медицины в России. Вест. общ. гиг. суд. и прак. М. 1897.
Владимирский А. Ф. Здравоохранение между XVI и XVII съездами ВКП(б). Госмедиздат, 1934.
Войцеховский А. Н. Организация курсов для подготовки сельских повив. бабок и устройство сельской повив. помощи в Курляндской губ. Сб. Славянского, т. 1 (1907).
Волдишик И. Ж. Врачи и земство, 1914.
Гезер Г. Основы истории медицины. Перевод под ред. Д. Дохмана, Казань, 1890.
Герман Ф. Л. Врачебный быт допетровской Руси, Харьков, 1891.
Герман Ф. Л. Как лечились московские цари. Киев, Харьков, 1895.
Герцберг Г. Ф. История Византии, М. 1897.
Герценштейн Г. М. Земство и фельдшеризм. Труды V Пироговского съезда, т. II.
Герье В. Приказы общественного призрения. Энц. словарь Брокгауза и Эфрона, т. XXV.
Гинодман, Леви, и Фейгель. Предварительные данные о характере строит. родовспоможения на вторую пятилетку. Журн. «Гинек. и акуш.» № 2, 1932.
Гинодман Д. и Леви М. Родовспоможение в СССР. Фельдшер, № 6, 1939.
Гимпельсон Д. И. Родовспоможение. СПБ. 1913.
Головин С. С. Памяти В. Ф. Снегирева как одного из основоположников Московск. врач. школы (Труды Моск. акуш.-гинекол. об-ва, 1936).
Горохов Д. Е. Больные вопросы в Смоленском губер. земстве. Медицин. беседа, 1899.
Горохов Д. Е. По поводу «Проекта организации акушерской помощи», составленного проф. Оттом. Медицинская беседа, № 11, 1899.
Грауерман Г. Л. Что такое охрана материнства и как ее следует осуществлять, М., 1920.
Грауерман Г. Л. О мерах, предложенных Петербургским акушерско-гинекологическим обществом для улучшения акушерской помощи населению Петербурга. Ж. Медиц. обозрение, № 9, 1908.
Гращенков Н. И. Здравоохранение в третьей сталинской пятилетке. М. 1939.
Груздев В. С. Краткий очерк истории акушерства и гинекологии, 1907.
Груздев В. С. Исторический очерк каф. акуш. и жен., бол. имп. Военно-медицинской академии и соедин. с нею акуш.-гинек. клиники. СПБ. 1898.
Груздев В. С. Ответ на «Краткую беседу Фейнберга Б. И. по поводу «Исторического очерка». Врач, №№ 16, 17, 18 (522, 557, 595), 1901.
Гурина А. И. Охрана материнства и младенчества на острове Сахалине. Вопросы мат. и млад., №№ 5—6, 1935.
Гуткин А. Я. Организация здравоохранения в России от Аптекарского приказа до Наркомздрава. Врачебное дело, № 20, 1927.
Даль В. И. Толковый словарь живого великорусского языка. М. 1865.

Десять лет советской медицины. Сборник. Изд. Наркомздрава РСФСР. М. 1927.
Десять лет советской медицины. Диаграммы под редакцией Н. А. Семашко. М. 1927.
Демич В. Ф. К вопросу о русской народной медицине. СПБ. 1902.
Демич В. Ф. Очерки русской народной медицины (акушерство и гинекология у народа). Медицина, №№ 22, 23, 26, 32, 33, 37, 38, 39, 49, 1899.
Добронравов В. А. Акушерская наука в Москве 50 лет назад. М. 1891.
Доклад Комиссии VI съезду земских врачей и представителям земства Бессарабской губ. по вопросу об организации акушерской помощи в губернии, протоколы, Кишинев, 113, 1888.
Дубицкий И. Петр Великий как первый организатор вообще медицины в России и особенно военной. Рижский Вестник. 3 июля 1872.
Дунаевский А. Ю. и Леви М. Ф. Принципы планировки приемочно-пропускного блока акуш-гинек. стационара. Журн. «Гинекол. и акушер.», М. 1935.
Дунаевский А. Принципы планировки пропускника и родового блока. Журн. «Акуш. и жен. болезней», № 4, 1934.
Дьяконенко Н. П. Акушерские заметки за 1894 г. Журн. «Акуш. и женских болезней», 1896.
Дьяконенко Н. П. Заметки из земской акушерской практики за 1895—1896 гг. Журн. акуш. и жен. болезней, VI, п., 1898.
Женщина в СССР. М., 1937 (Госплан).
Заключение Акуш.-гинек. о-ва, состоящего при императорском Московском университете по вопросу об организации акушерской помощи в Москве. М. 1904.
Жбанков Д. Н. О деятельности санитарн. бюро и обществ. санит. учрежд. в земской России. М. 1910.
Жбанков Д. Н. Земский медицинский сборник. М. 1893.
Жук В. Школа сельских повив. бабок Журн. Акуш. и женских болезней, 1890. (485).
Забелин И. Домашний быт русских цариц в XVI и XVII столетиях. СПБ, 1870.
Замшин А. И. О поднятии уровня теоретич. и практических знаний повив. бабок, Журн. «Акуш. и жен. болезней» (243) 1897.
Здоровье и здравоохранение трудящихся СССР. Централ. Управ. Нар. Хоз. учета Госплана СССР. М. 1937.
Здравоохранение и рабочий отдых во второй пятилетке. Госплан СССР. М.-Л. 1933.
Змиев Л. Ф. Чтение по врачебной истории России. СПБ, 1886.
Игумнов С. Н. Сословность и демократизация земских учреждений. Врач. хроника, № 1—2, 1907.
Игумнов С. Н. Идеология земской медицины. Врачебное дело, Харьков, 1919.
История Всесоюзной Коммунистической Партии (б), М. 1938.
Известия Народного Комиссариата Здравоохранения за 1918 г.
Известия Народного Комиссариата Здравоохранения за 1919 г.
Известия Народного Комиссариата Здравоохранения за 1927 г.
Ицкин С. Х. Два года родовспоможения в Москве, М. 1926.

Какушкин Н. М. Рецензия на статью А. Н. Артемьева «Краткий очерк развития «бабичьего дела» в России». Журн. «Акуш. и жен. болезней», стр. 1078, 1894.

Какушкин Н. М. Что сделано в сельских больницах земством для акушерства? Протоколы Тамбовского м/о за 1888 год.

Калмыков М. А. К вопросу о «Современ. постановке акушер. дела в провинции и о способах его урегулирования». Журн. «Акуш. и жен. болезней» (18), 1899.

Капунский З. К вопросу о земской акуш. помощи. Мед. Беседа, № 22, 1898.

Капустин М. П. Основные вопросы земской медицины. СПБ. 1899.

Кареев К. Общий курс истории XIX и XX вв. М. 1919.

Кафенгауз Б. Б. Реформы Петра I в оценке М. Н. Покровского («Против антимарксистской концепции М. Н. Покровского»). А. Н. СССР, М.-Л. 1940.

Клевезаль В. О сельских повитухах. Врач. № 33, 1898.

Колосов Г. А. Организация и состояние врачебного дела в царствование Александра I. Петроград. 1915.

Колосов М. А. Максимович-Амбодик П. М. (доклад на исторической конференции АШ АМН СССР, 9.XI. 1944, стенограмма)

Колосов М. А. Павел Захарович Кондоиди. Мед. обозрение, № 20, 1913.

Коновалов Н. К вопросу о перспективном планировании здравоохранения. Вопросы здравоохранения, № 7, 1928.

Котелянский В. О. К вопросу о желательной организации акушерской помощи в Пермской губ. V Губ. съезд врачей в г. Перми. Пермь, Отд. 2 (128), 1892.

Кумберг Н. Ю. Медицина в старой допетровской Руси. «Врач. газета». 1909.

Крейсер и Смирнов (под ред. проф. Рославлева и Некрасова) Акуш. комплекс. Л. 1935.

Кудрявцева Д. По поводу проекта проф. Отта о сельских повитухах. Мед. беседа, № 11, 1899.

Купцевич А. Н. Исторический очерк родовспоможения по г. Иванову. Иваново, 1934.

Кушев П. Ив. Ив. Моллесон. Транспортное дело, № 16, 1927.

Лайновец А. В. Родовспоможение в Москве за 20 лет. Вопросы материнства и младенчества, № 1, 1938.

Лахтин М. Медицина и врачи в Московском государстве (в допетровской Руси). М. 1906.

Лахтин М. Старинные памятники медицинской письменности. М. 1911.

Лахтин М. Исторический очерк развития хирургич. помощи роженицам. Журн. «Акуш. и жен. болезней». 1900 (1298).

Лебедева В. П. Доклад на I съезде Наркомов Соцобеспечения (отчет по отделу материнства и младенчества Наркомсобеса. М., 1919.)

Лебедева В. П. Охрана материнства и младенчества в стране Советов. М. 1934.

Леви М. Ф. Принципы организации и деятельности консультации для женщин. Сов. Медицина. 1927.

Л е в и М. Ф. Некоторые данные о состоянии родовспоможения в РСФСР. Журн. Охрана материнства и младенчества. М., № 9, 1932.

Л е в и М. Ф. Итоги второй пятилетки в области организации родильной помощи в РСФСР. Журн. «Вопросы материнства и младенчества». № 8. 1937.

Л е в и М. Ф. Новый этап в развитии акуш.-гинеколог. помощи Журн. «Ясли» М. № 1, 1933.

Л е в и М. Ф. Вопросы охраны материнства и младенчества на III Всесоюзном совещании. Журн. «Акуш. и гинеколог.». М. № 7, 1936.

Л е в и М. Ф. О некоторых организационных вопросах городского родовспоможения. Журн. акушерства и женских болезней. М № 4, 1938.

Л е в и М. Ф. Об уточнении и рационализации методики планирования родильной помощи. На фронте здравоохранения. М. № 6, 1934.

Л е в и М. Ф. Какие родильные дома мы строим? Вопросы материнства и младенчества, № 12, 1938.

Л е в и М. Ф. Методика планирования родильной помощи. Монография. Л. 1940.

Л е в и М. Ф. Социальная гинекология и ее место в системе охраны материнства и младенчества. Моск. Мед. журнал. 1930.

Л е в и М. Ф. Родовспоможение в системе охраны материнства и младенчества. Монография. М. 1929.

Л е в и М. Ф. Организация родовспоможения в сельском секторе (лекция из цикла по заочному усовершенствованию врачей). 1933.

Л е в и М. Ф. Состояние родильной помощи в деревне. Вопросы материнства и младенчества. № 5. 1936.

Л е в и М. Ф. Организация родильной помощи на сельском участке, изд. 2-е, М. 1940.

Л е в и М. Ф. Работа акушерки колхозного родильного дома. «Фельдшер», № 5, 1936.

Л е в и М. Ф. Колхозный родильный дом. «Вопросы материнства и младенчества», № 12, 1939.

Л е в и М. Ф. Место колхозных родильных домов в системе родовспоможения. Вопросы материнства и младенчества. 1937.

Л е в и М. Ф. Пути и достижения Московского городского родовспоможения. Моск. мед. журнал. 1923.

Л е в и М. Ф. Итоги второй пятилетки в области организации родильной помощи в России. Вопросы материнства и младенчества, № 3, 1937.

Л е в и М. Ф. Двадцать лет советского родовспоможения. Вопросы материнства и младенчества, 1937.

Л е в и М. Ф. Двадцать лет охраны материнства и младенчества. Журнал «Акушер. и гинекол.», 1937.

Л е в и М. Ф. Состояние родовспоможения в РСФСР по данным годовых отчетов за 1934 г. Аналитический обзор. журнал «Акушер и гинеколог.» № 1, 1935.

Л е в и М. Ф. Анализ годовых отчетов по родовспоможению в РСФСР за 1938 г. (Сборник Наркомздрава РСФСР, М. 1938.)

Леви М. Ф. Аналитический обзор деятельности по родовспоможению в Союзе ССР за 1939 г. (Сборник НКЗ СССР, 1940.)
Леви М. Ф. Состояние и перспективы развития родильной помощи в Белорусской ССР. Вопросы материнства и младенчества, № 10, 1938.
Леви М. Ф. Основные черты состояния и развития сельского родовспоможения в СССР. Доклад на II Украинском съезде акушеров-гинекологов 20—25/XII—1938 г.
Леви М. Ф. Акушерская и гинекологическая помощь на новом этапе. Журн. «Акушерство и Гинеколог.», М. 1932.
Леви М. Ф. Родовспоможение в сельских местностях Союза ССР. «Советская медицина» № 19, 1939.
Леви М. Ф. Основные элементы профилактики в родовспоможении. «Больничное дело», №№ 2—3, 1940.
Леви М. Ф. Анализ годовых отчетов о сети, кадрах и деятельности учреждений родовспоможения в первые годы войны. Дисс. на степень канд. мед. наук, М. 1944.
Леви М. Ф. и Веселовская В. К. Задачи и работа акушерских пунктов. Вопросы материнства и младенчества. №№ 5—6, 1934.
Леви М. Ф. К вопросу о транспортировке больных беременных и рожениц в условиях сельской работы. Журн. «Фельдш. и акуш.», № 3, 1943.
Леви М. Ф. Задачи сельских акушерок в настоящее время. Журн. «Фельдш. и акуш.» № 1, 1942.
Леви М. Ф. Контрольные цифры по родовспоможению на 1933 г. Фельдш., № 2, 1933.
Леви М. Ф. Некоторые данные о состоянии родовспоможения в РСФСР и ближайшие задачи для его развития и улучшения. Охрана материнства и младенчества № 9, 1932.
Леви М. Ф. О дальнейшем развитии роддомов в городах и на жел-дор. транспорте. Вопросы материнства и младенчества, № 5, 1937.
Леви М. Ф. Состояние и постановка родовспоможения по материалам обследования ряда важнейших промышленных и сельскохозяйственных центров. Журн. «Ясли», № 3, 1933.
Леви М. Ф. Сельские акушерки о своей работе. Вопросы материнства и младенчества, 3, 1935.
Леви М. Ф. Санитарно-культурные задачи в работе акушера-гинеколога. Журн. «Акуш. и гинекол.», № 11—12, 1931.
Ленин В. И. Соч., т. IV, 1935.
Ленин В. И. Гонители земства и Аннибалы либерализма. Соч., т. IV, изд. 3-е.
Ленин В. И. Задачи революционной молодежи. Соч., т. V, изд. 3-е.
Ленин В. И. О задачах пролетариата в данной революции. Соч., т. XX, изд. 1935.
Ленин В. И. К женщинам-работницам. Соч., т. XXV, изд. 3-е.
Личкус Л. Г. Краткий критический обзор деятельности Петербургского Акушерско-гинекологического общества за первые двадцать пять лет его существования. Журн. «Акушерство и женские болезни», т. XXVI, № 3.
Майстрах К. В. Советская медицина в организации трудящихся. Здравоохранение в промышленных центрах. М., 1932.

Майстрах К. В. Организация здравоохранения. Медгиз. 1945.
Материалы для истории медицины в России.
Материалы первого Всероссийского совещания по охране материнства и младенчества. М. 1921.
Мазуркевич А. Н. Историко-медицинский очерк деятельности Императорского клинического повивального института за 100 лет (1797—1897) под редакцией Д. О. Отта, СПБ, 1898.
Моллесон И. И. 50 лет назад. Врачебно-сан. хроника, Воронежской губернии, 1914.
Моллесон И. И. К истории земской медицины в Саратовской губ. Врач, №№ 31—33, 1836.
Моллесон И. И. Доклад на I съезде пермских врачей.
Монин Л. Краткий очерк истории акушерок. Журнал «Акушерка», №№ 9—10, 1898.
Мосздравотдел. Краткий обзор состояния здравоохранения в Москве и губернии. М. 1926.
Москва. Краткий очерк развития и современного состояния городской врачебно-санитарной организации. Изд. Московской Гор. Управы, 1911.
Мукосеев О. А. О мероприятиях по расширению акушерской помощи в деревне. Журнал по изучению раннего дет. возраста, т. V, № 4, 1927.
Муратов А. А. Страница из истории развития акушерских, женских и детских болезней в России. (Сборник, посвященный 25-летию деятельности Д. О. Отта, под ред. В. В. Строганова), СПБ, 1906.
Новомбергский Н. Некоторые вопросы по истории врачебного дела в допетровской Руси. СПБ. 1903.
Новомбергский Н. Народная медицина в Московском государстве. М. 1904.
Ногина О. П. Охрана матери и ребенка. Сборник. М., 1923.
Ногина О. П. Доклад на IX Всесоюзном съезде акушеров-гинекологов. Москва. 1935.
Невядомский М. По поводу «Краткого очерка истории русской медицины» Л. Я. Скороходова. Врач. газета, № 4, 1928.
Осипов Е. А., Попов И. В., Куркин П. И. Русская земская медицина. М. 1899.
Отт Дм. О. Проект организации акушерской помощи среди сельского населения. Доклад на VII съезде русских врачей в память Н. И. Пирогова, 1899.
Памятка статистика районного городского здравотдела НКЗ СССР. М.-Л. 1940.
Парышев Д. А. Родовспоможение в России по данным Всероссийской гинеколог. выставки 1913 г. в С-Петербурге. СПБ. 1914.
Первый съезд Общества Российских акушерок и гинекологов, СПБ. 1903.
Петров. Собрание Российских законов о медуправлении, СПБ, 1827—1829.
Писемский Г. Бесплатный родильный приют, учрежд. Н. Ф. Уваровой. Киев, 1913.
Полонский Я. Н. Непосредственные и отдаленные результаты кесарского сечения. М. 1939.
Полтавцев А. Н. Больничное строительство. М. 1927.

Предложения об устройстве земско-врачебной части в Моск. губ. (Земско-Мед. сборник, вып. 2, изд. Об-ва русских врачей в память Пирогова), М. 1866.
Разумовский В. И. К вопросу о врачебно-санитарн. законодательстве в России. Петроград, 1917.
Рейн Р. Е. О русском народном акушерстве. Речь. Труды III Пироговского съезда, 1899.
Резолюции XVIII съезда ВКП(б), ОГИЗ, М. 1939.
Розов Н. О преобразовании губернских медучреждений. М. 1862.
Российский Д. М. Библиографический указатель русской литературы по истории медицины. Москва.
Семашко Н. А. Советская власть и народное здоровье. М. 1920.
Семашко Н. А. Политика в деле народного здравоохранения за 10 лет. Вестник современной медицины, № 2, 1927.
Сердюков М. Г. Опыт организации нового типа родильного дома. Медицинский журнал, № 3—4, М. 1923.
Скалон В. По земским вопросам. М. 1905.
Скибневский А. 50-летие существования земской медицины. Медицинокое обозрение. СПБ, № 5, 1914.
Снегирев В. Ф. Отдельное мнение в Медфакультет. М. 1902.
Соловьев Г. А. К 150-летию акушерства в Москве. Труды Акуш. и гинеколог. об-ва за 1904 год. М. 1905.
Соловьев З. П. Вопросы здравоохранения. М.-Л. 1940.
Соловьев З. П. Здравоохранение в дореволюционной России, Медгиз. 1940.
Соловьев З. П. Строительство советского здравоохранения. Медгиз. 1932.
Сосенкова. Задачи и методы анализа причин материн. смертности, Сборник трудов по акуш. и гинеколог., М. 1944.
Сосновская М. Ю. Колхозный родильный дом. Горький, 1936.
Срезневский Н. Роженицы у славян и других языческих народов. М. 1855.
Сталин И. В. Беседа с немецким писателем Э. Людвигом. Сб. Ленин и Сталин, т. III, Партиздат, 1936.
Сталин И. В. Об индустриализации страны и о правом уклоне в ВКП(б). Вопросы ленинизма. Москва.
Сто семьдесят пять лет I МГМИ, М.-Л. 1940.
Сутугин В. В. Об устройстве врачебной помощи при родах в сельской практике и небольших городах. Труды II Пироговского съезда, т. II.
Тарновский И. М. Исторический очерк деятельности родовспомог. заведения со времени его основания. СПБ. 1893.
Тезяков Н. И. Земско-медицинские вопросы в последнем очередном Воронежском губ. собрании. Протоколы XXXIV, 1898.
Токаренко В. Доклад секции по организации род-ния в губернии XIII губ. съезду врачей Тверского земства. Тверь. 1898.
Третье Всероссийское совещание по охране материнства и младенчества. Программа и тезисы. М. 1925.
Труды I Всеукраинского съезда акушеров-гинекологов. Киев. 1927.
Труды II Всеукраинского съезда акушеров-гинекологов, Киев, 193.
Труды V Всероссийского съезда акушеров-гинекологов, 1923.
Труды VI Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов, 1924.
Труды VII Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов Л. 1927.

Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров-гинекол. Киев, 1928.
Труды IX Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов. Киев. 1938.
Труды I Закавказского съезда акушеров-гинекологов. Тбилиси, 1930.
Труды II Закавказского съезда акушеров-гинекологов. Ереван. 1936.
Туровский К. Из истории земской медицины. Вестн. современ. медицины, № 15, 1927.
Уварова Д. П. Некролог. Вопросы материнства и младенчества, № 5—6, 1935.
Устинов. Первые мысли в России о сохранении рождающихся. Журн. «Охрана Материнства и Младенчества», № 3, 1916.
Флоринский В. М. Первобытные славяне. Томск. 1896.
Флоринский В. М. Русский простонародный травник и лечебник, Казань. 1880.
Фейнберг Б. И. Краткая беседа по поводу исторического очерка В. С. Груздева. СПБ. Журн. «Акуш. и гинекол.» (1257) 1900.
Френкель З. Г. Очерки земского врачебно-санитарного дела. СПБ. 1913.
Четвертый Всесоюзный съезд по охране материнства и младенчества. Программа и тезисы докладов. М.-Л. 1929.
Чечулин С. Д. Исторический обзор деятельности за истекшее десятилетие обществ при Императорском Моск. Университете. Труды за 1897 г., № 2 (15).
Чертов А. А. Городская медицина в Европейской России. М., 1930.
Чистович Я. Очерки из истории русских медицинских учреждений XVIII столетия. СПБ. 1870.
Чистович Я. История первых медицинских школ в России. СПБ. 1883.
Шайкевич М. О. Памяти В. А. Манассеина. Врач. 1901.
Шевелев А. Учет и статистика здравоохранения. М. 1936.
Ястребов Н. В. Доклад на III Пироговском съезде. 1889.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Печатается по постановлению
Редакционно-издательского совета Академии медицинских наук СССР

Редактор *О. И. Караханян* Техн. редактор *Н. А. Кирсанова*

Т 02560 Изд. № 238. Зак. 222. Формат бум. 84×108[1]/32 Подп. к печати 8/IV 1950 г.
Бум. л. 3,19. Печ. л. 10,5 Уч-изд. 10,65 Тир. 4000. Цена 9 р. 60 к. перепл. 1 руб.

Типография Издательства АМН

9 р. ~~60 к.~~

7-70